



Oposició a la retallada de places de residents



Cuidem la teva salut i la dels teus

Amb les companyies més ben valorades pels propis metges.

Assegurances de serveis complets des de **44,58€ /mes***



TARIFES ÚNIQUES

per a un ampli tram d'edat i sense copagament



ELS QUADRES MÈDICS MÉS COMPLETS



ELS MILLORS CENTRES HOSPITALARIS

*Prima 2016 per assegurat de 0 a 65 anys d'edat, sense distinció de sexe i per a un mínim de dos assegurats.

Informa-te'n ara



Rambla d'Aragó, 14, Pral. Lleida



902 11 36 67 @ medicorasse@med.es

Contra les retallades a la formació sanitària especialitzada

La tradició científica de Lleida va ser una de les condicions determinants per a la creació l'any 1300 de l'Estudi General de Lleida, que va incloure Medicina entre els estudis superiors que impartia. Un seguit de fets històrics parlen de la importància d'aquells estudis mèdics, com, per exemple, l'obtenció l'any 1391 de l'autorització per realitzar la dissecció de cadàvers.

La Facultat de Medicina i la resta d'estudis universitaris van convertir la capital lleidatana en un centre d'intercanvi i difusió d'idees, coneixements i avenços científics. Malauradament, Felip V va truncar el 1712 l'Estudi General de Lleida, que va haver d'esperar fins al 1968 per renèixer i constituir progressivament l'actual Universitat de Lleida.

Ha passat menys de mig segle, però l'ensenyament i la pràctica contemporània de Medicina a la regió de Lleida han fet un pas gegantí. Podem dir obertament que la regió disposa d'un excel·lent clúster de formació i investigació sanitària especialitzada, que formen els hospitals universitaris Arnau de Vilanova i Santa Maria, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, els Centres d'Atenció Primària i la mateixa facultat.

Els resultats són l'atractiu docent de Lleida i el seu reconeixement nacional i internacional, la qualitat de l'assistència que rep la població, la garantia del relleu generacional dels metges i metgesses i, sobretot, l'equitat i la igualtat en el reconeixement del dret a la salut i en l'equilibri territorial. O almenys mantenim aquest rumb fins al 2015.

El Departament de Salut va retallar l'any passat l'acreditació de més del 30% de les places de metges i metgesses residents als centres lleidatans. Van desaparèixer 10 especialitats mèdiques, seguint la mateixa tònica que a Tarragona i a Girona, tot i que l'àrea metropolitana no en va resultar afectada. L'asimetria, que beneficia el centralisme en detriment de la perifèria, es converteix en el criteri clau per a la formació sanitària especialitzada?

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida, conjuntament amb la Facultat de Medicina, l'IRBLLEIDA i l'HUAV ha demanat públicament la restauració de l'oferta de formació especialitzada segons les places acreditades. Estem contra les retallades i a favor de l'equitat territorial del nostre país!

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
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Bieto Campos García
Joan Carrera Guiu

Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Bea Fort Pelay
Josep M. Greoles Solé

Mària Irigoyen Ontiñano
Aurora López Gil
Alba López Pérez
Iñigo Lorente Doria
Xavier Matias-Guiu
Mercè Matinero Tort

Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. 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:
ÀGORA, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X



Fotografia portada: ACN

III Curs de Simulació d'Emergències Obstètriques

Crònica del III Curs de Simulació en Emergències i Situacions Crítiques en la Pacient Obstètrica de l'HUAV a càrrec de Diana Carolina, resident de Medicina Familiar i Comunitària **07** >>>

Prescripció de medicaments

Articles de debat sobre el RD 254/1015 escrits per César Béjar, SATSE i la Junta de Govern del COMLL **14** >>>

Les aplicacions mòbils i la salut

Actualització de les app feta per Sergi Gòdia, cap de l'Àrea de Gestió Clínica. DAP Lleida **28** >>>

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI 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 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

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

Celebrada l'assemblea ordinària anual del COMLL

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar el passat 13 d'abril l'assemblea anual ordinària de col·legiats a la seu col·legial. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior, els assistents van guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, el Dr. Ramon Mur Garcés i la Dra. Maria Irigoyen Otiñano van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, documents que recollien de forma resumida la vida col·legial de l'any 2015 i que van merèixer l'aprovació dels assistents.

Seguidament, es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2015.

2. Aprovació del pressupost del 2016. El tesorero, Dr. Ivan Aguirregoicoa Olabarriera, va informar del contingut dels documents anteriors. Prèviament s'havia lliurat als assistents una còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària del 2015, així com del projecte de pressupost per al 2016.

3. De les seccions col·legials actualment en funcionament, es van tractar els assumptes següents:

- Aprovació de la liquidació del pressupost del 2015.
- Aprovació del pressupost de l'any 2016.

Es van aprovar pels assistents tots els documents ressenyats.

Tot seguit, es va sotmetre a la consideració de l'assemblea la proposta de ratificació de la Comissió Deontològica Col·legial nomenada per la Junta de Govern, segons disposa l'article 46.1 dels Estatuts del COMLL, la qual es va aprovar.

Després d'un breu torn de precís i preguntes, es van lliurar el diploma col·legial, el del Consejo General i la insígnia als col·legiats i col·legiades presents que havien assolit la condició d'honorífics i honorífiques des de la darrera assemblea, i que van ser els següents: Maria de los Angeles Peña Sáez, Jordi González Falcó, Sal·lustià



Taula de presidència de l'assemblea del COMLL



Assistents a l'assemblea anual ordinària



Lliurament d'insígnies als col·legiats i col·legiades honorífics

Resum del pressupost COMLL per al 2016

INGRESSOS	
Venda d'impresos	22.820,00
Subvencions	1.800,00
Altres ingressos de gestió	800.081,87
Ingressos financers	2.000,00
Beneficis/ingressos excepcionals	10,00
Total ingressos	826.711,87
DESPESES	
Adquisició d'impresos	5.400,00
Variacions d'existències	2.000,00
Serveis exteriors	468.211,87
Tributs	53.000,00
Despeses de personal	277.000,00
Dotació d'amortitzacions	21.100,00
Total despeses	826.711,87

Estadella Serrat, Francisco Javier Alija Torrejón, Jorge Juan Rabasa Arévalo, José Manuel Bureu Ramos, Santiago Sales Rufi, Josep Casserras Aynés, José Escué Fabregat, Jaime Casasús Alegret, Román Solà Martí, Ernesto Montenegro Ruiz, Ignasi Camps Olivé, Víctor Palomar García, Avelina Puente Navazo, Elia Geris Haddad, Ángel Rodríguez Pozo, Horacio Agustín Pena Marufo, Pere Nogués Bara i Josep Oriol Pérez Serra

Finalment, es va procedir al lliurament del XIV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2015 a l'Associació Beca Marta Santamaria pel seu projecte de captació de fons per haver donat suport a la investigació oncològica translacional i a la detecció precoç del càncer de mama. Carme Santamaria Costa va recollir el premi.

Comunicat públic sobre la retallada de les places de residents a la regió de Lleida

La tradició de més de 20 anys de formació sanitària especialitzada en el nostre territori es va veure sotragada l'any passat amb la decisió del Departament de Salut de retallar més del 30% les places de residents. Concretament, van desaparèixer 10 especialitats mèdiques de les 25 que oferim (Dermatologia, Endocrinologia, Farmàcia Hospitalària, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia Radioteràpica, Otorinolaringologia, Pneumologia i Urologia), i d'altres van perdre algunes de les places acreditades, com ara Psiquiatria, Ginecologia i Medicina Intensiva. Aquesta decisió en cap moment va ser fonamentada i mai va ser deguda a una mala qualitat docent dels nostres centres. La retallada de places de formació sanitària especialitzada va succeir també a les províncies de Girona i Tarragona, i va passar de llarg de l'àrea metropolitana. Aquest fet va posar en relleu el desenvolupament per part del Departament de Salut d'una preocupant política sanitària i docent centralista, contrària a l'equitat territorial.

La nostra regió compta amb una tradició universitària consolidada i representada per la Facultat de Medicina de Lleida, que és la font de la majoria dels nostres residents. A més, el seu insigne Institut de Recerca Biomèdica (IRBLleida), on metges de l'hospital tenen grups consolidats que fan recerca translacional, ha estat reconegut recentment per l'Institut Carlos III. D'altra banda, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova ha estat també reconegut per la seva qualitat assistencial i de gestió (per exemple, amb els premis Top 20) i forma residents des de fa més de 20 anys. La pèrdua de formació sanitària especialitzada no només influeix en la qualitat assistencial del territori, sinó que fa que es perdi clarament l'atractiu docent de la regió i posa en clar perill la renovació de l'acreditació de l'IRBLleida.

Demanem la restauració de l'oferta de formació sanitària especialitzada segons les places acreditades

da, ja que la formació de residents és un aspecte que es valora de forma significativa. A més, disposar de professionals ben formats al propi territori facilita el recanvi generacional quan es necessita. Ara molts cops es troben dificultats per cobrir places per jubilacions o substitucions.

Actualment, el Departament està gestant la nova proposta de formació sanitària especialitzada a Catalunya. Les diferents institucions implicades en la formació sanitària especialitzada a Lleida —Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Atenció Primària, Col·legi Oficial de Metges, Facultat de Medicina de Lleida i Institut de Recerca Biomèdica de Lleida— temen per la persistència injustificada de les retallades en formació al territori.

Per tot plegat, les institucions representades pels sotasignats demanem la restauració de l'oferta de formació sanitària especialitzada segons les places acreditades i ens manifestem totalment en contra d'una reducció asimètrica de les places, que trenca l'equitat territorial del nostre país.

Ramón Mur
President del COMLL

Rosa M. Soler
Degana de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida

Elvira Fernández
Directora de l'IRBLleida

Francesc Purroy
Cap d'Estudis de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova



El president i la vicepresidenta del COMLL lliuren el Premi a la Solidaritat

XIV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a Beca Marta Santamaria

La Junta de Govern del COMLL va lliurar el passat 13 d'abril el XIV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a Beca Marta Santamaria en el decurs de l'assemblea ordinària del Col·legi. La metgessa Santamaria va morir l'any 2009 com a conseqüència d'un càncer de mama. La família i les amistats van crear l'entitat amb la voluntat d'impulsar i coordinar esforços contra aquest tipus de càncer en memòria seva.

Beca Marta Santamaria organitza activitats i recapta donacions d'empreses i particulars per aconseguir fons i dedicar-los a donar suport a la recerca i a la detecció precoç del càncer. L'any 2010 va entregar 40.000 € a l'IRBLleida per potenciar la investigació mèdica en càncer de mama. Durant el període 2011-13 va finançar un projecte liderat pel Dr. Josep Baselga, director mèdic de l'Institut Oncològic de l'Hospital de la Vall d'Hebron.

Concretament, l'entitat col·labora econòmicament en l'assaig clínic que rea-

Una iniciativa privada per impulsar i coordinar esforços contra el càncer de mama

litzien l'IRBLleida i la Universitat de Sant Louis (EUA) per valorar els beneficis de la vitamina D durant la quimioteràpia en pacients de càncer de mama triple negatiu. L'objectiu és validar resultats preclínic trobats el 2013.

Així mateix, contribueix al finançament del projecte de validació d'un predictor molecular en càncer de mama triple negatiu, que du a terme l'Institut Oncològic de la Vall d'Hebron. La finalitat en aquest cas és identificar i validar un biomarcador de supervivència després del tractament amb quimioteràpia en pacients amb malaltia primària triple negatiu.

Creació de l'Orquestra de Metges de Catalunya

L'Orquestra Ars Mèdica del Col·legi de Metges de Barcelona, que ja fa uns 30 anys que està constituïda i que és l'única de tot l'Estat formada per metges, treballa ara per crear una formació

musical de tot Catalunya amb membres dels diferents col·legis catalans.

En principi, la voluntat dels impulsors de la iniciativa és preparar una o dues actuacions puntuals cada any i, lògicament, fer els assajos previs necessaris. Els professionals de Lleida que desitgin afegir-s'hi han de contactar amb el Dr. Josep Maria Tomàs Mazcaray a l'adreça electrònica tomasmazcaray@hotmail.com.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions celebrades entre el 18 de març i el 22 d'abril de 2016, ha acordat i tractat, entre d'altres, els següents assumptes:

- El passat 24 de febrer va tenir lloc a Girona una roda de premsa a la qual van assistir els quatre presidents dels Col·legis de Catalunya per a la presentació pública del 3r Congrés de la Professió Mèdica de Catalunya, que se celebrarà el dia 10 de novembre. Es va procedir al sorteig de delegats i se'ls va convidar a participar-hi.

- S'ha acordat accedir a dues sol·licituds d'exempció de quotes col·legials a col·legiats.

- Pel que fa a les millores tecnològiques, s'ha signat un nou contracte de renting per a la substitució de la fotocopiadora/impresora col·lectiva. Així mateix, des de mitjans de maig el Col·legi disposa —un cop salvades les dificultats— de fibra òptica per a les connexions informàtiques.

- S'ha acordat l'obertura del termini de presentació de sol·licituds d'ajuts econòmics, amb càrrec al pressupost col·legial, per a l'organització de cursos, congressos, jornades, etc. Cal adjuntar memòria i pressupost de l'activitat. El termini finalitza el 30 de juny.

- S'ha acordat la substitució de l'enllumenat de les dependències administratives col·legials per tecnologia LED amb la finalitat de millorar les condicions de treballs i estalviar energia.

- La Junta de Govern ja ha començat a elaborar el programa de formació continuada per al proper curs.

Moviment col·legial de març i abril del 2016

El COMLL ha registrat 8 altes durant els mesos de març i abril de 2016: Fátima Inés Sánchez Aparicio, Ekaterina Mandrygiva, Raquel Calleja Fernández, María Inmaculada Morilla García, David Andrés Cabrera Tito, Josep Maria Ballester Bellmunt, Ana María León Espitia i Javier Cepeda Casado.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 11 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de març figura la defunció del Dr. Maqí García Fillat, i entre les del mes d'abril, les defuncions dels Drs. Fernando Sáez Aragonés i Jordi Planella Potrony.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Horacio Pena Marufo, Pere Nogués Bara, Josep Oriol Pérez Serra, Albert Fitè Argerich i Javier Vázquez Cerdeña.

Total col·legiats el 30/04/2016: 1.751



Alumnes i instructors participants en el curs

Celebrat el III Curs de Simulació en Emergències i Situacions Crítiques en la Pacient Obstètrica

El III Curs de Simulació en Emergències Obstètriques es va dur a terme el passat dia 7 de maig al Centre de Simulació Clínica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. El curs s'adreçava a anestesiològs, tant especialistes com en formació, i, sobretot, als qui desenvolupen habitualment la seva tasca en àrees maternoinfantils.

Aquesta era la tercera edició del curs, avalat per la Facultat de Medicina i l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, i dirigit pel Dr. José M^a Sistac Ballarín, especialista en Anestesiologia i professor del Departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. També hi van participar diferents instructors, facultatius i residents d'Anestesiologia de l'Hospital



El Dr. Sistac, en l'anàlisi teòrica d'un dels casos



Escenari de simulació del quiròfan i la pacient obstètrica

Arnau de Vilanova.

L'objectiu del curs era saber reconèixer i tractar les principals emergències que es poden produir en el treball d'un anestesiològ a l'àrea obstètrica. Per això, es van plantejar una sèrie de casos clínics i es van reproduir aquestes situacions en un espai que recreava l'àrea de parts i el quiròfan. Els instructors van representar rols per ajudar els alumnes (infermer, cirurgià), i amb un maniquí animat (SimManR), que simulava la pacient obstètrica. Això va permetre la intervenció activa dels alumnes en el paper de responsables mèdics de les pacients.

El maniquí-simulador reproduïa les constants vitals i es podien auscultar els pulmons i palpar el pols. El cap comptava amb una via aèria realista per realitzar tècniques de ventilació i intubació, que es podia modificar per simular una via aèria difícil. A través d'un micròfon, l'instructor podia fer que parlés i emetés sorolls com la tos o el vòmit. El sistema estava controlat per un programa informàtic que registrava totes les dades i les actuacions de l'alumne i modificava els paràmetres en funció de la resposta que donava l'alumne.

Els casos que es van plantejar en aquest curs són:

- Via aèria difícil en l'embarassada.
- Reanimació cardiopulmonar en l'embarassada.
- Hemorràgia obstètrica massiva.
- Preeclàmpsia i eclàmpsia.
- Embòlia de líquid amniòtic.

Cada cas, d'uns 15-20 minuts de durada, es va gravar en un circuit tancat de televisió per realitzar posteriorment el *debriefing*, és a dir, reproduir l'actuació davant dels alumnes i realitzar l'anàlisi teòrica i pràctica de la situació simulada.

El curs, de 7 hores de durada, va comptar amb la participació d'alumnes procedents de diferents hospitals de Barcelona i Vic.

Celebrada la I Jornada de Cuidados Paliativos del COMLL

La Primera Jornada de Cuidados Paliativos se celebró el 14 de abril en el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), organizada por la Dra. María Irigoyen y la Dra. María Nabal. La jornada fue inaugurada por la directora asistencial del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), la Dra. Anna Arán Solé, y la responsable del área sociosanitaria del Servei Català de la Salut, la Dra. Marta Gabernet Foix.

La jornada se estructuró en 5 áreas temáticas. Se inició por la mañana con las intervenciones del Dr. José Felipe Sarró, especialista en Nefrología del HUAV; el Dr. Luis Fernando Casas Méndez, especialista en Neumología del HUAV, y el Dr. José Luis Morales Rull, especialista en Medicina Interna de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del HUAV. Todos ellos expusieron las necesidades y retos de cuidados paliativos en patología no oncológica en pacientes con insuficiencia renal avanzada, insuficiencia respiratoria crónica avanzada e insuficiencia cardíaca avanzada, respectivamente. Todas las ponencias resaltaron la definición de cuidados paliativos según la OMS, aclarando que uno de los principales retos frente a los cuidados paliativos no oncológicos es el entendimiento de la patología crónica como una entidad que no responde a tratamiento curativo, que es amenazante para la vida y que requiere un control



Una de las primeras intervenciones

temprano y activo de los síntomas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, permitiéndoles enfrentarse de la mejor forma posible a los problemas asociados a la evolución de su enfermedad.

La segunda parte estuvo enfocada a los cuidados paliativos en Oncología y los nuevos paradigmas. La Dra. Deborah Moreno, hematóloga del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, realizó una exhaustiva revisión sistemática de la literatura, destacando las evidencias en torno a los cuidados paliativos en enfermos hematológicos, y concluyó la exposición comentando su experiencia en torno a las necesidades y retos del paciente con mieloma múltiple. A continuación, el Dr. Jaume Canal, médico adjunto del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Santa María y adscrito al Servicio de Oncología del HUAV, explicó los beneficios de la integración precoz de los cuidados paliativos en el paciente con neoplasias sólidas. Completó su participación con una segunda ponencia dedicada a los nuevos tratamientos analgésicos y posibilidades terapéuticas frente a uno de los prevalentes síntomas para

paliar el dolor, que constituyó la tercera parte de la jornada.

Entrada la tarde, se expuso el importante papel de los diferentes recursos específicos existentes en Lleida, implicados en el cuidado de los pacientes que requieren cuidados paliativos. El Dr. Jesús López Ribes, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que trabaja en el PADES del Hospital Santa María, describió las características, fortalezas, debilidades y retos de futuro de los equipos de soporte domiciliario. El Dr. Antoni Barceló Montalà, médico adjunto del Centro Jaume Nadal Meroles, describió el funcionamiento de atención integral de su unidad y la estructura multidisciplinaria con la que trabajan.

Cerró esta primera Jornada de Cuidados Paliativos una ponencia que sensibilizó y emocionó hasta las lágrimas a muchos asistentes. Intervino el Dr. José Antonio Porras Cantero, pediatra del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona, que describió el funcionamiento del equipo de cuidados paliativos pediátricos de este hospital. Completó su ponencia con la exposición de algunos casos clínicos en los que abordó las peculiaridades de la utilización farmacológica en cuidados paliativos pediátricos.

Al finalizar la jornada, quedó en evidencia la necesidad que existe en relación con el desarrollo y consolidación de los cuidados paliativos, como parte del plan de tratamiento sistemático en enfermedades crónicas no oncológicas a medida que estas avanzan, y la importancia de mantener y optimizar el enfoque paliativo en las enfermedades oncológicas, tanto en adultos como en niños.

Gracias por brindarnos estos espacios y permitirnos abrir nuestra mente, siempre, de cara a lograr la más adecuada y oportuna intervención en el paciente.

Diana Carolina Forero Vega
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Congrés Interdisciplinari per a Estudiants de Neurologia i Neurociència a Lleida

El Congrés Interdisciplinari per a Estudiants de Neurologia i Neurociència (CIEN²) és una iniciativa sense ànim de lucre que desenvolupen els estudiants de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) des del 2015. Aquest congrés se celebrarà els dies 20, 21 i 22 del proper mes d'octubre a la UdL.

El CIEN² neix en el si de la UdL a imatge del reconegut Congrés d'Oncologia per a Estudiants (COE), que se celebra anualment a la Universitat de Navarra, i compta amb el suport de la Universitat i la Facultat de Medicina de Lleida. A més, els professionals de l'HUAV i l'Hospital Universitari Santa Maria, juntament amb els investigadors de l'IRBLleida, s'han involucrat activament en aquest congrés per convertir-lo en un esdeveniment indispensable en les agendes dels estudiants de Ciències de la Salut.

L'objectiu és esdevenir un congrés d'elevat nivell científic, que promogui la formació i l'interès per la Neurologia i les Neurociències, i suposi un punt de trobada de qualitat per a universitaris de qualsevol part del món. Els assistents, a més de rebre ponències magistrals de reconegudes personalitats en el camp de la investigació neurocientífica, podran presentar els seus propis treballs en forma de comunicació oral o pòster científic.

El programa del congrés també inclou múltiples activitats socials i culturals, que es duran a terme als diferents campus de la Universitat i en llocs emblemàtics de Lleida.

El CIEN² comptarà amb la presentació dels treballs científics presentats per part dels assistents. La participació es desenvoluparà en dues categories:

Pregrau: estudiants de Ciències de la Salut universitaris.

Postgrau: estudiants de màster, MIR i de doctorat.

Hi haurà dues formes de presentació dels treballs d'investigació: la comunicació oral i el pòster. Ambdues seran valorades pel comitè científic, el qual, actuant en qualitat d'avaluador, seleccionarà els treballs que podran ser presentats en el congrés. Es premiaran tant la millor comunicació oral com el millor pòster d'ambdues categories.

Dins del programa del congrés, també comptarem amb:

Se celebrarà del 20 al 22 del proper mes d'octubre



Taules rodones, formades per investigadors i professionals de la salut amb l'objectiu de debatre temes de rigorós interès científic.

Conferències magistrals de personalitats internacionals relacionades amb la Neurologia i les Neurociències.

Casos clínics interactius, en què es formularan preguntes tipus test i en què els estudiants podran respondre mitjançant un sistema de *powervote*.

Tallers de grups reduïts sobre tècniques d'imatge i proves complementàries utilitzades en neurologia i exploració neurològica, entre d'altres.

Tot i que el programa del congrés encara no està tancat, tenim confirmada la ponència del Dr. Pagonabarraga, neuròleg de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, especialista destacat en malalties neurodegeneratives com ara el Parkinson. Tanmateix, des de França, la Dra. Claire Rampon ens oferirà una ponència magistral relacionada amb la neurogènesi adulta, camp en què el seu equip d'investigació és pioner.

D'altra banda, el Dr. Alberto Prats Galino, de la Universitat de Barcelona, ens oferirà un taller de tractografia, una tèc-

nica d'imatge que permet la visualització dels tractes neuronals mitjançant ressonància magnètica i una complexa anàlisi d'imatges per ordinador.

Comitè Organitzador

El Comitè Organitzador (CO) és l'òrgan principal de planificació del congrés i està format per estudiants de la Facultat de Medicina de Lleida. Formem un equip de treball en què es consideren la comunicació, la compenetració, la unitat, la responsabilitat i la motivació els principals eixos per a un bon funcionament.

La totalitat de les tasques que realitzem està dividida en una sèrie de comissions, en què cada una assumeix la responsabilitat de la tasca encomanada, que posteriorment serà consensuada pel comitè, que es reuneix periòdicament amb l'objectiu de posar en comú tots els avenços i els problemes que cada comissió troba en el seu camí per tal que entre tots es trobi un consens i una solució.

Formen part del Comitè Organitzador: Mercè Matinero Tor, presidència; Adrià Giménez Peris, vicepresidència; Clara Badia Molins, tresoreria; Yoseph Santa Delgado, Sara de Antonio Feu i Miguel Lladro Esteve, noves tecnologies.

Claudia Amès Trigo, suport econòmic; Marta Plaza Cardenete, patrocini; Nerea Puga González i Pablo González, pla social; Alejandro Callizo Silvestre, relacions públiques.

Maria Lamana Villegas, protocol

Comitè Científic

El Comitè Científic és un organisme format per professionals de l'àmbit de la Neurologia i les Neurociències que s'encarrega, entre d'altres, de les següents tasques:

Valoració dels treballs d'investigació presentats al congrés i selecció d'aquells que seran mostrats al congrés, segons criteris prèviament establerts.

Avaluació de les presentacions durant el congrés mitjançant una sèrie d'ítems preestablerts i la formulació de preguntes un cop finalitzada la presentació.

Avaluació dels pòsters presentats durant el congrés mitjançant una sèrie d'ítems preestablerts i la formulació de preguntes una cop finalitzada la presentació.

Deliberació i establiment d'un veredictes en relació amb els treballs guanyadors (presentació oral i pòster).

El comitè Científic està format per: Dr. Josep Enric Esquerda, presidència; Dr. Gerard Piñol, secretaria; Dra. Loreta Medina; Dra. Anna Casanovas; Dra. Rosa Soler; Dr. Francesc Purroy; Dr. Carme Espinet; Dr. Jordi Calderó; Dra. Judit Herreros.



Ponentes de la sesión de tarde de la jornada



Qualitat de vida, compliment terapèutic i baixes laborals en pacients amb cardiopatia isquèmica

Nausica Català Tella va llegir el 22 de gener la tesi *Qualitat de vida, compliment terapèutic i baixes laborals en pacients amb cardiopatia isquèmica* a la Sala de Graus de l'edifici docent i estabulari de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV).

La Dra. Catalina Serna Arnaiz, metgessa adjunta de l'ABS Eixample i professora associada de la UdL, va dirigir la tesi.

El tribunal estava format per la Dra. Carla Toyas Miazza, metgessa adjunta del Servei de Medicina Interna a l'Hospital Royo Villanova de Saragossa i professora associada a la Facultat de Medicina de la mateixa ciutat; el Dr. Coll de Tuero, metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària al consultori mèdic de La Celleria de Ter i professor associat de la Universitat de Girona, i el Dr. León Valles, metge adjunt del Servei de Medicina Intensiva de l'HUAV i professor associat a la UdL.

Aquesta tesi va rebre l'assessorament metodològic i estadístic de la Unitat de Suport a la Recerca en Atenció Primària de Lleida, IDIAP Jordi Gol.

Resum

La importància de la cardiopatia isquèmica en el nostre entorn és de primera magnitud per l'elevada freqüència de la malaltia, el consum de recursos i la mortalitat que ocasiona. És la malaltia amb més pes econòmic en els països desenvolupats i la incapacitat laboral n'és un dels costos indirectes.

En el seguiment dels pacients amb cardiopatia isquèmica en Atenció Primària, destaca la prevenció secundària, que inclou les mesures encaminades a disminuir la progressió de la malaltia cardiovascular, fins i tot des dels estadis inicials asimptomàtics, amb l'objectiu de perllongar i millorar la qualitat de vida dels individus amb aquesta patologia.

Així mateix, els pacients que pateixen un esdeveniment agut necessiten la prescripció d'una baixa laboral durant el període de recuperació fins a la incorporació laboral. El metge de família realitza el seguiment de les prescripcions i de la baixa laboral i valora la situació de la qualitat de vida del pacient.



La Dra. Nausica Català, amb la directora de la tesi i els membres del tribunal

El correcte compliment terapèutic pot tenir un impacte rellevant en la qualitat de vida relacionada amb la salut. Pocs estudis han investigat la durada de les incapacitats laborals associades a cardiopatia isquèmica, la relació entre la qualitat de vida i el compliment terapèutic.

Per tot això, aquest estudi ha tingut com a objectiu analitzar els pacients pel que fa al compliment terapèutic, la qualitat de vida relacionada amb la salut i el temps de baixa laboral, així com la influència de la depressió.

Metodologia

La tesi està formada per tres estudis observacionals. Un d'aquests, longitudinal i retrospectiu, de baixes associades a cardiopatia isquèmica de tota la regió sanitària Lleida durant el període 2008-2011. Els altres dos, transversals, d'una àrea de salut urbana, del 2010 al 2012, per determinar qualitat de vida i compliment terapèutic. Les dades van ser obtingudes de la base del Servei Català de la Salut, de la història clínica electrònica d'Atenció Primària (ECAP) i de les bases de dades de facturació de medicaments a les farmàcies del CatSalut.

Es va realitzar l'estimació del temps

de durada de la baixa laboral mitjançant una anàlisi de supervivència fins a la primera alta mèdica amb el mètode de Kaplan-Meier. Es van comparar les durades de les baixes laborals mitjançant la prova d'hipòtesi de Log-Rank i, en l'aspecte multivariant, es van estimar els Hazards ràtios d'alta mitjançant l'ajust dels models de regressió de Cox. Es va avaluar l'assumpció de riscos proporcionals dels models de Cox mitjançant el test de residus de Schoenfeld.

Per determinar la qualitat de vida es va administrar el test SF-36 en la seva versió espanyola i s'hi va aplicar la prova de la Chi quadrat en variables categòriques i la prova ANOVA de tendència per a variables quantitatives. També es va realitzar una anàlisi multivariant mitjançant regressió lineal múltiple per valorar la influència de factors registrats sobre la qualitat de vida.

Es va estudiar la possible associació entre compliment de fàrmacs cardioprotectors amb presa d'antidepressius mitjançant test de Chi quadrat. Es va estimar l'associació entre puntuació del test SF-36 i compliment terapèutic mitjançant la prova ANOVA. Per determinar si existia associació entre compliment i variables registrades, es va aplicar la prova de Chi quadrat per

a variables categòriques. Finalment, es va realitzar una anàlisi multivariant mitjançant regressió logística.

Resultats

Els pacients que necessiten baixa per cardiopatia isquèmica són predominantment homes, més de la meitat diagnosticats d'infart agut de miocardi. Més de la tercera part d'aquests pacients prenen tractament ansiolític l'any següent al diagnòstic i en menor proporció, antidepressius. Els pacients dupliquen el consum d'ansiolítics o antidepressius després de l'esdeveniment cardiovascular.

La durada mitjana de la incapacitat laboral va ser de 177 dies (IC95%: 163-191). El cost mitjà per pèrdua de productivitat laboral va ser de 9.673 euros/persona. Observem que les variables associades a una millor qualitat de vida són l'edat més jove, el sexe masculí, la pràctica d'activitat física i els estudis superiors. Així, els individus més joves puntuen amb una millor qualitat de vida a les dimensions de salut mental i funció física. Els homes, a la dimensió de funció física. No obstant això, els pacients que practiquen exercici físic puntuen significativament millor en totes les dimensions analitzades de la qualitat de vida.

Un 91,5% dels pacients estudiats complien amb el tractament antiagregant; el 73,8%, amb els betabloquejants; el 66,3%, amb els IECA/ARA-II, i el 79,3%, amb els hipolipemiant. No s'ha observat associació estadísticament significativa entre qualitat de vida i compliment terapèutic, ni entre variables socioeconòmiques ni demogràfiques amb compliment terapèutic.

Conclusions

Els pacients presenten una durada mitjana de gairebé sis mesos de baixa laboral per cardiopatia isquèmica. Incrementen el consum de psicofàrmacs al doble després de l'esdeveniment. Més edat, patir un infart agut de miocardi i prendre antidepressius s'associa a baixes laborals més llargues. En totes les dimensions de la qualitat de vida hem observat resultats inferiors als de la població general. L'activitat física s'ha associat a uns resultats millors en totes les dimensions.

En el cas de les dones, hem observat els valors més baixos en qualitat de vida. Hi ha una baixa adherència global a la teràpia cardioprotectora, que es veu reduïda per la presa de medicació antidepressiva. Els factors socioeconòmics i demogràfics no han influenciat en aquest compliment, de la mateixa manera que el compliment no ha afectat la qualitat de vida d'aquests pacients.

Presentada la "Història de la Medicina Catalana", escrita per Dr. Jacint Corbella

L'obra *Història de la Medicina Catalana*, escrita per Jacint Corbella i Corbella, es va presentar al públic el 14 d'abril a la sala Gimbernat de l'Acadèmia de Medicina.

Exposo el fet al BUTLLETÍ MÈDIC recordant el metge lleidatà Amali Prim i Seguí, nascut l'any 1879, set anys abans de la creació del Col·legi de Metges de Lleida, institució de la qual seria després peça fonamental. Prim va sobresortir com a organitzador de la seva professió perquè tenia la qualitat innata del sentit d'equip. Deixant de banda la seva passió artística per la música de Wagner, que sempre és individual, la resta de la seva personalitat estava conformada per un conglomerat de material col·lectiu, caràcter que sempre ajuda l'afectat a ser un virtuós de la defensa dels drets i deures dels altres.

Com que era metge, aquesta virtut es va manifestar en la defensa dels drets de la classe mèdica. Va ser, entre els metges de Lleida, el que més va lluitar per a la consolidació del Col·legi de Metges i la col·legiació obligatòria (1917). Va morir, gairebé com un màrtir, a la mateixa seu del Col·legi i de casa seva, que es trobaven a l'edifici del Liceu Escolar, aquell fatídic dia 2 de novembre de 1937, quan la ciutat de Lleida va ser bombardejada en plena Guerra Civil. El mateix any en què moria Amali Prim naixia, el 25 de gener, a la ciutat de Manresa, Jacint Corbella, personalitat a la qual el destí li tenia reservat ser el primer organitzador de la *Història de la Medicina Catalana*.

Els dos metges han estat dos organitzadors en dos camps i èpoques diferents, però inclosos en el mateix món etern de la Medicina.

El Dr. Corbella ha exercit aquesta funció actuant com a ànima d'un grup de metges que es van adherir progressivament a aquesta organització arran del primer congrés celebrat a Barcelona l'any 1970. Lleida en va ser seu del tercer l'any 1981 i el va presidir el mateix doctor Corbella. Encaminat pel meu pare, em vaig adherir al moviment l'any 1975 a l'Acadèmia, on se celebrava el segon congrés. L'amistat amb el doctor Corbella, però, provenia



El mateix any en què moria Amali Prim i Seguí naixia a Manresa Jacint Corbella i Corbella

Els dos han estat organitzadors en dos camps i èpoques diferents de la Medicina

Prim va lluitar per la col·legiació obligatòria

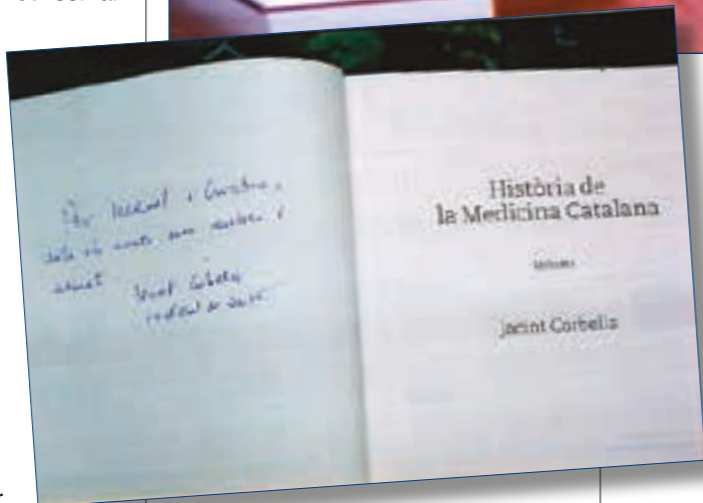
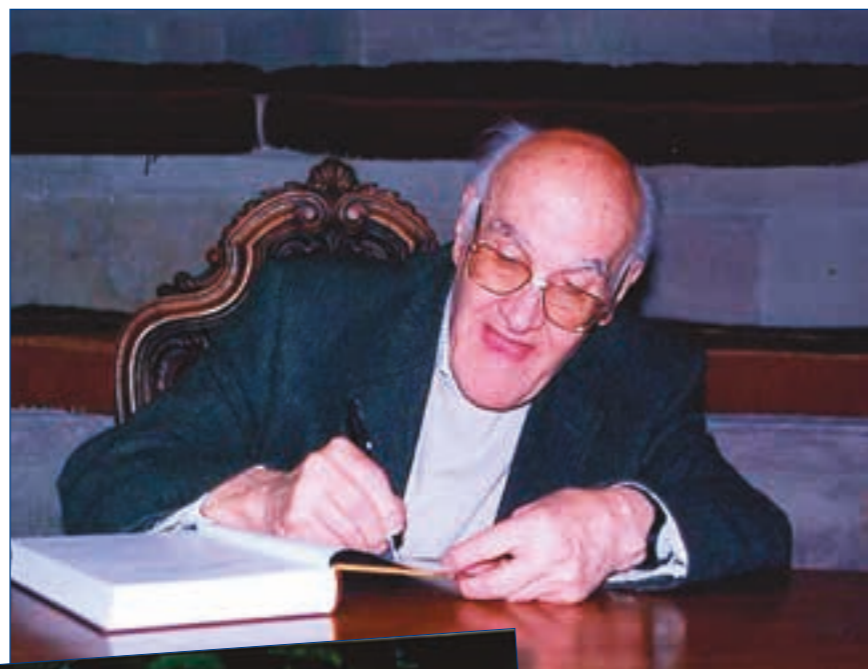
d'abans, de quan vaig acabar la carrera de Medicina al Clínic l'any 1971. A més de les seves aportacions personals, molt valuoses, durant 46 anys

El doctor Corbella ha estat director d'una orquestra de metges amb vocació també d'historiadors de la professió, procedents de diverses contrades de Catalunya, i amb la seva batuta ha sabut mantenir la unitat que sempre és imprescindible per començar, fer i continuar una gran obra. Voluntàriament, ha volgut escriure amb el material obtingut un tractat que ell mateix, en el seu pròleg, ha dit que "és un llibre d'un sol autor, perquè és el resultat de més de quaranta anys sobre un tema. Si el llibre fos d'encàrrec recent, tindria un grup coordinador i molts col·laboradors".

El fet de voler ser i sentir-se autor únic indica la seva forta individualitat en un món on aquesta qualitat humana està sofrint la gran pressió dels enamorats del treball en equip, fent ombra moltes vegades a l'ànima d'aquest equip. És molt important conservar en lletra ben gravada en material perenne el nom de la persona. En la seva ment, l'esquema de l'obra és ben senzill. Una primera part que segueix el camí clàssic de sempre de les històries generals, és a dir, antiguitat, edat mitjana i època moderna. Després, una segona part molt més personal i específica, en què exposa la seva visió de l'evolució de la medicina catalana a partir de la creació del Col·legi de Cirurgia de Barcelona l'any 1760, amb tot el que va suposar per a l'inici del redreçament d'una medicina que havia anat quedant progressivament estancada i aïllada d'Europa, quan a la baixa edat mitjana havia estat dalt de tot. Continua després amb un segon redreçament a partir de 1843 amb la creació de la facultat restaurada (unificació de l'ensenyament i de les dues professions, medicina i cirurgia), que l'autor allarga fins passada la Guerra Civil, amb totes les particularitats que hi descobreix amb la seva investigació i relata amb mà mestra a través de les pàgines del llibre, sobretot diferenciant l'etapa 1868-1906, on destaca molt la generació mèdica catalana del 1888, i, a continuació, el període que comença l'any 1906 amb la inauguració de la nova Facultat de Medicina i de l'Hospital Clínic, i la creació de l'Institut de Fisiologia de Barcelona per August Pi i Sunyer, i que acaba l'any 1939 amb el final de la Guerra Civil.

Finalment, la medicina que ell ha viscut, perquè es va llicenciar l'any 1960, la que anomena contemporània, i que pot ser més entesa per als no historiadors de la medicina.

Fins aquí l'autor i l'obra. Queden els amics, un d'ells molt important, con-



A la imatge superior, el Dr. Corbella escriu la dedicatòria del seu llibre, que es pot llegir a la imatge inferior

Arran del congrés del 1970, el Dr. Corbella és l'ànima de la història de la Medicina

Voluntàriament ha volgut "escriure un llibre d'autor", com diu al pròleg

És el resultat de més de quaranta anys d'estudi

deixeble seu de carrera i des d'aquí inseparables en aquesta història. És el doctor Josep Maria Calbet i Camarasa, lleidatà d'origen, natural de Vinaixa i trasplantat a Barcelona, on segueix treballant en la història de la medici-

na del nostre país. Corbella i Calbet són els autors de dues grans obres que precedeixen aquesta d'avui, la qual, segons l'autor, les complementa i n'és una primera conclusió. Són el *Diccionari Biogràfic de Metges Catalans*, en tres volums, i la *Bibliografia Històrica de la Sanitat Catalana*, en quatre volums.

El doctor Corbella, amb la seva intel·ligència i estudi, ha aconseguit una obra magnífica que sintetitza, fins a dia d'avui, el que ha estat el nostre passat mèdic. Si llegint l'obra es veu que respecta molt i coneix bé les institucions mèdiques del seu país, es nota també que és un biògraf insigne de metges catalans, i és potser per això que he començat a escriure aquest elogi recordant Àmali Prim. Quan el pas dels anys ens permet mirar enrere i veure el camí recorregut, s'està en condicions d'entendre la nostra trajectòria i les persones que l'han fet possible. Una d'elles ha estat per a mi el doctor Corbella, a qui agraeixo, com a deixeble, el seu mestratge, i com a persona, la seva amistat. Per això vull i desitjo que segueixi per molts anys la tasca que en el camp de la història de la medicina catalana es devia començar a gestar en la seva ment privilegiada, sense ell adonar-se'n, quan va començar Medicina al Clínic aquell ja llunyà any 1954.

Dr. Manel Camps Surroca
Membre de l'Acadèmia de Medicina de Catalunya



Membres de la Secció Col·legial de Jubilats del COMLL durant la sortida

Visita cultural dels jubilats al castell de Loarre

La Secció Col·legial de Metges i Metgesses Jubilats va organitzar el passat mes de març una visita cultural al castell de Loarre, que està situat a Osca. Els assistents primer van veure un audiovisual, en què s'explicava la història i les reformes del castell, i després van fer la visita guiada.

El castell de Loarre és de construcció romànica, està situat en un lloc elevat (la serra de Loarre) i domina la plana de la Foia. Va ser construït al segle XI per ordre del rei Sanç III de Pamplona per fer front als castells musulmans de Bolea i Ayerbe. Durant el regnat de Sanç I d'Aragó i Pamplona, s'hi fundà un monestir.

És una de les fortaleses romàniques més ben conservades d'Europa i, atesa la seva localització, importància i origen, ha estat reivindicat, sense èxit, per Navarra com a patrimoni propi.

A tall d'anècdota, l'any 2005 s'hi va rodar la pel·lícula *El regne del cel*, de Ridley Scott



Orles de Medicina. La segona promoció de Grau en Medicina de la Universitat de Lleida es va graduar el 20 de maig a la Seu Vella. Els padrins de la promoció van ser el Dr. Miguel León, intensivista de l'HUAV, i la Dra. Maite Santamaria, cirurgiana de l'HUAV. L'acte es va acabar amb el tradicional llançament a l'aire dels birrets dels nous metges i metgesses.

PAIMM

Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA

973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

La prescripció de medicaments

EL BOE de 23 de desembre de 2015 va publicar l'RD 254/2015 sobre l'ús i la prescripció de medicaments. Si bé estableix que la professió mèdica és l'única prescriptora, també permet la indicació, l'ús i l'autorització de professionals d'Infermeria degudament "acreditats". BUTLLETÍ MÈDIC us ofereix un debat sobre el tema.

El govern de l'Estat genera una problemàtica més gran que la que hi havia abans

Una de les grans controvèrsies sorgides en el si del món sanitari —perfectament evitable— ha estat l'aprovació del Reial Decret pel qual es regulen la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers. Aquesta polèmica posa de manifest la poca traça del govern de l'Estat en la gestió de la qüestió, afegint o generant una problemàtica més gran que la que hi havia abans d'aquesta nova regulació.

El nus gordià de la discrepància rau en el fet que els infermers, per tal d'indicar, usar i autoritzar la dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica, necessitaran a partir d'ara que el corresponent metge hagi determinat prèviament el diagnòstic, la prescripció i el protocol de pràctica clínic i assistencial que s'ha de seguir. És aquest punt bàsicament el que ha alterat els ànims del col·lectiu d'Infermeria i n'ha provocat l'enfrontament entre ells i el col·lectiu de metges. I, òbviament, qui resulta perjudicat d'aquesta contesa no és cap altre que el pacient, que veu com es posa en risc l'adequada assistència mèdica.

Segons sembla, el col·lectiu de metges, representat pel Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, defensa l'aplicació del

Reial Decret, i en concret d'aquesta mesura, tot adduint que d'aquesta manera es garanteix una millor protecció de la salut, de la seguretat de l'atenció i de l'efectivitat assolida pel tractament dels pacients.

A l'altra trinxera, els infermers sostenen que l'aplicació del Reial Decret suposarà una duplictat d'actuacions i una saturació del sistema sanitari, fet que implicarà retards i deficiències en l'assistència al pacient. De fet, aquesta és la principal argumentació que fan en el recurs contenciós administratiu que ha presentat en el seu nom el Consejo General de la Enfermería contra l'esmentat Reial Decret davant el Tribunal Suprem.

En aquell recurs es va sol·licitar, com a mesura cautelar, que fos suspesa l'aplicació del polèmic article 3.2 del Reial Decret 954/2015, de 23 d'octubre, pel qual es regulen la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers. Doncs bé, a començaments del mes de febrer el Tribunal Suprem s'hi ha pronunciat amb la denegació de la mesura cautelar interessada. La conclusió a què arriba el Tribunal Suprem per tal de mantenir l'aplicació de l'esmentat article és que aquesta aplicació potencia l'assistència al pacient i les garanties en el seu tractament.



Resulta evident que tots els col·lectius implicats, tant metges com infermers, tant pacients com el mateix govern que aprova la mesura, tenen o haurien de tenir un objectiu comú, que és garantir una adequada assistència sanitària, eficient i de qualitat. La sanitat ha d'estar al servei del pacient i no d'interessos particulars. Així les coses, resultaria absolutament lògic que el govern de l'Estat hagués comptat amb l'acord dels col·lectius implicats per assolir un redactat del Reial Decret consensuat que garantís una

assistència sanitària adequada. Però lluny de buscar aquest consens, el que s'ha fet ha estat enfrontar de forma absurda dos col·lectius, sense que el conflicte tingui aires de solucionar-se satisfactoriament. Ans al contrari, la necessària cooperació entre els professionals metges i infermers es pot veure trencada i afectar de manera lamentable el pacient.

L'aplicació del Reial Decret provocarà molts problemes legals, sobretot en aquells casos en què les línies d'actuació d'ambdós col·lectius són difuses. Hi ha moltes inèrcies adquirides al llarg dels anys respecte a la dispensació de medicaments al pacient. Acabar amb el vessant negatiu d'aquestes dinàmiques resulta complicat, així com també innecessari acabar amb la part positiva que tenen.

El que sí que exigirà, d'entrada, l'aplicació del Reial Decret en vigor és més compromís i presència del metge en el tractament, que haurà de fer un seguiment molt més exhaustiu, si és possible, en les pautes de medicació del pacient. Exigir aquest plus a la ja de per si saturada jornada del metge hauria d'anar acompanyat de mesures que garantissin una millor assistència, com ara un augment de la plantilla, per posar un exemple. Només així es poden assolir l'eficàcia i excel·lència desitjades pel pacient.

D'altra banda, el conseller de Salut de la Generalitat, Antoni Comín, ha anunciat que la conselleria elaborarà en la major brevetat possible un decret català que reguli la indicació de medicaments per part dels infermers i que, segons fonts de la conselleria, servirà per protegir aquells

professionals "i per eliminar qual-sevol ambigüitat sobre el seu marc d'actuació". Salut també va anunciar que presentaria de forma immediata un recurs contenciós administratiu davant el Tribunal Suprem contra el Reial Decret 954/2015, de 23 d'octubre, pel qual es regulen la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels infermers. Aquest posicionament per part de la conselleria, lluny de resoldre el problema, sembla que afegeix més llenya al foc.

Així, cal conjugar el reconeixement legal perquè les infermeres puguin indicar fàrmacs i que es reguli la seva competència en l'àmbit de determinats productes relacionats amb l'activitat d'infermeria, amb el fet incontrovertit que el diagnòstic, el tractament i la prescripció són com-

L'aplicació de l'RD provocarà molts problemes legals, sobretot en aquells casos en què les línies d'actuació d'ambdós col·lectius són difuses

petències dels metges.

Mentre les solucions proposades passen per resoldre la qüestió de manera fraccionada i individual, les conseqüències continuaran sent frustrants. La solució, en cas que n'hi hagi, passa per seure a la mateixa taula i atendre els posicionaments de metges, infermeres i pacients.

César J. Béjar Egido
Advocat

Davant l'agressió, reacció!

El BOE, de 23 de desembre de 2015, va publicar l'RD 954/2015 amb el qual es regula la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà per part dels professionals d'infermeria. Cal denunciar i explicar que l'RD va estar modificat unilateralment pel Ministeri de Sanitat en contra del que estava consensuat amb la Taula de la Profèssió Infermera i en contra de tots els consellers de Sanitat, que havien donat la seva aprovació, per la qual cosa considerem que va ser, en definitiva, un acte de covardia i de falta de paraula davant la pressió de determinats sectors fàctics i arcaics del col·lectiu mèdic.

En concret, la modificació que d'una manera especial afecta els professionals d'infermeria i que suposa un retrocés en el nostre desenvolupament professional és la prevista a l'article 3, en què es diu que per portar a terme funcions relatives a la indicació, l'ús i l'autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà subjectes a prescripció mèdica és necessari que el professional estigui acreditat i, a més, que amb caràcter previ el metge deixi constància en la història clínica del diagnòstic, la prescripció i el protocol o guia de pràctica clínica i assistencial que s'ha de seguir en cada cas i per cada pacient.

La limitació professional que el govern de la nació ens imposa a tots els professionals d'infermeria amb la publicació al BOE d'aquest RD deixa en evidència la falta de consideració que tenen els que ens governen cap al col·lectiu d'infermers/es, que és un dels pilars bàsics del sistema sanitari públic, així com el profund desconeixement que les màximes autoritats polítiques sanitàries tenen sobre el funcionament diari dels hospitals i

els centres de salut. No van tenir en compte les greus conseqüències que aquest nou RD podria tenir per als pacients i per a la sanitat, i que abocava el Sistema Nacional de Salut a un greu col·lapse i a una paràlisi assistencial.

Des de SATSE som conscients que els principals perjudicats seran els ciutadans, els pacients i el sistema sanitari en conjunt, però no podem posar en risc la seguretat jurídica de cap professional.

Davant la greu situació que acaba de generar l'actual govern en funcions, és necessari no romandre inerts i actuar:

1. Hem aconseguit el suport dels principals partits polítics i de la majoria dels consellers de Sanitat.
2. Hem iniciat diferents accions informatives entre els usuaris i els pacients, a més d'entre els mateixos professionals.
3. Es va encarregar un dictamen jurídic independent a un prestigiós despatx d'advocats perquè s'analitzés l'abast efectiu de l'RD, del qual s'extrau:

- a) No s'han d'usar ni indicar medicaments ni productes sanitaris si no s'està acreditat (no hi ha ningú que estigui acreditat).
- b) No s'han d'usar ni indicar medicaments ni productes sanitaris sense el protocol o la guia de pràctica clínica aprovada (no hi ha protocols nacionals aprovats).
- c) No s'han d'usar ni indicar medicaments ni productes sanitaris sense el diagnòstic previ i la recepta del metge de manera personalitzada (no podem fer el control ni el seguiment de les cures).
- d) No s'han d'acceptar ordres verbals.

Els professionals que no compleixin el que estableix l'RD poden ser denunciats per intrusisme laboral.

Els professionals que no compleixin el que estableix l'RD no estaran coberts per l'assegurança de RC.

4. Hem presentat un recurs davant el Tribunal Suprem en què es demana que se suspengui l'RD, que ja s'ha admès a tràmit.

5. Ens hem adreçat per escrit als consellers de Sanitat de les diferents comunitats autònomes, i també als gerents i directors d'infermeria, perquè respectin l'estricta compliment de la llei per part dels professionals d'infermeria.

El sindicat d'infermeria SATSE

demana respecte per a la professió d'Infermeria i per als professionals que l'exerceixen, professionals que estan altament formats i capacitats per dur a terme totes les funcions i competències que els són pròpies, així com per a l'ús i la prescripció de medicaments i material sanitari que necessiten per poder realitzar les tasques i les cures diàries dins la normalitat de la seva jornada laboral.

SATSE

Seu provincial de Lleida

Dudas sobre el decreto RD 954/2015

Ante todo, hay que referir que es complicado realizar un artículo de opinión representando la postura de la junta del COMLL sobre un tema tan controvertido y con tantas posibles opiniones, todas ellas válidas. Cada profesional médico tendrá una opinión u otra. Cuando hay posiciones encontradas es posible que las partes actúen más por emoción que por la razón.

El decreto RD 954/2015 asegura en su primer párrafo que los médicos, los odontólogos y los podólogos, en el ámbito de sus competencias respectivas, son los únicos profesionales prescriptores, es decir, con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Aunque parezca sencillo, en el momento de prescribir, en segundos habitualmente, los médicos nos planteamos el diagnóstico, si es necesario realmente el fármaco, alergias o reacciones adversas con ese fármaco; las características del paciente al que se realiza la prescripción (embarazo, lactancia, anciano, oncológico o insuficiencia renal, entre otros); las probables interacciones farmacológicas; la vía de administración; la farmacología de los medicamentos (duración en sangre o excreción); si el fármaco provoca dependencia o toxicidad; la indicación oficial del fármaco, o el coste del fármaco, entre otros aspectos. A todo esto le añadimos nuestra experiencia con ese fármaco, el perfil psicológico del paciente o los protocolos y guías que debemos seguir.

¿Qué dice en pocas palabras el decreto? El decreto intenta delimitar el campo de actuación y competencias de ambas profesiones respecto a las responsabilidades de médicos y profesionales de Enfermería en cuanto a la prescripción farmacológica. Establece que los profesionales de Enfermería acreditados podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica. Para que los enfermeros acreditados puedan llevar a cabo las actuaciones respecto a dichos medicamentos, será necesario que el correspondiente profesional pres-

criptor haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir.

Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe de estar acreditado para prescribir y seguir las indicaciones de un profesional prescriptor y/o de protocolos y guías clínicas asistenciales. Deberá realizar cursos de formación, acreditación y procedimientos. Además, el profesional de Enfermería acreditado debe tener un seguro de responsabilidad civil o asegurarse de que su empresa le cubra.

Cuando se realiza un decreto de este estilo siempre conlleva una serie de dudas y de preguntas: ¿Quién realizará la acreditación? ¿Y los cursos de acreditación? ¿Será suficiente con la formación continuada previa? ¿Seguirán protocolos y guías adecuados? ¿Todas las comunidades autónomas deberán seguir las mismas guías y protocolos? ¿Deberá el ICS cambiar o adaptar sus guías ya implantadas desde hace tiempo? ¿Cuáles serán las sanciones si no se lleva a cabo? Todavía lo desconocemos a día de hoy, cuando, presuntamente, ya debería estar aplicándose el decreto.

¿Cuál es la realidad en nuestro ámbito? Tanto en los CAP como en el hospital la colaboración entre profesionales es parte esencial del trabajo en equipo. Especificar exactamente las competencias de cada colectivo en un trabajo de

equipo puede llevar a conflictos. Imaginemos que en un equipo de fútbol se debiera aplicar un decreto de este estilo: "Solo pueden chutar a puerta los delanteros."

Este decreto ha creado una sensación en el colectivo de Enfermería de subordinación al médico, de recorte de autonomía en su trabajo, sensación de no estar capacitado para funciones que ya realizaban, inseguridad jurídica (seguro de responsabilidad civil) y duplicación de actuaciones. Los profesionales de Enfermería que durante años han realizado un trabajo sin hacer falta una supervisión se sienten vigilados y creen, posiblemente con parte de razón, que todo esto va en perjuicio del paciente, y sobre todo rompe el buen funcionamiento del trabajo en equipo.

El sector que seguramente se verá más afectado será el de Atención Primaria. En AP, el trabajo de Enfermería se ha ido independizando de la supervisión del médico. Desde hace años tiene sus propias competencias, como la realización de curas, técnicas instrumentales como la espirometría, seguimiento del paciente crónico, primera atención del paciente agudo, vacunación o educación sanitaria comunitaria. El médico de AP cada vez tiene más competencias y el trabajo debe diversificarse. En el desempeño de su trabajo, en ocasiones usan tratamientos tópicos en curas, realizan la vacunación y también en la primera atención del paciente agudo en ocasiones utilizan analgésicos. Este decreto provoca un enfrentamiento entre ambos colectivos y muchas veces depende de la relación personal de los profesionales para que no haya un conflicto mayor. Provoca que una situación alegal pase a ser ilegal.

La realidad es que en cada servicio existe una heterogeneidad y que el profesional de Enfermería conoce su trabajo y sus limitaciones, la tarea de prescripción de este colectivo se limita al apartado de las curas y ostomías, heparinización de las vías venosas, vacunación y poco más, y por lo que dicen en los medios este colectivo exige que se regularice dicha situación.

Mi opinión es que regularizarlo no solo es correcto, sino necesario, pero este decreto genera muchas dudas. Parece que hayan intentado quedar bien con todas las partes, pero finalmente no ha sido del agrado de ninguna de ellas.

Dr. Iñigo Lorente
Junta de Gobierno del COMLL



La nova regulació dels assaigs clínics

L'any 1994 es va regular la realització d'assaigs clínics que descansava en els CEIC i en l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris. Però des del passat mes de gener és vigent un nou RD que segueix la normativa de la Unió Europea. Alguns professionals veuen perillar la investigació clínica independent.

La nova reglamentació dels assaigs clínics amb medicaments a debat

L'aprovació recent del Reial Decret 1090/2015, que regula tots els aspectes relacionats amb la realització d'assaigs clínics amb medicaments i la seva entrada en vigor a partir del 13 de gener de 2016, comporta canvis molt importants per a les entitats avaluadores d'aquests projectes, per als centres on es portaran a terme i també per als investigadors implicats. De ben segur és la transformació normativa més profunda a què hem assistit des de l'aprovació del primer Reial Decret (RD) regulador l'any 1994. Tant és així que, quatre mesos després de la seva entrada en vigor, els Comitès Ètics d'Investigació Clínica (CEIC, per cert, nom que s'extingeix) i la mateixa Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS) encara ens estem ressituant i intentant adaptar-nos a les noves condicions de treball.

La celebració recent dels 20 anys del CEIC de la Regió Sanitària de Lleida, el desembre del 2015, no podia ser més oportuna, ja que al mes de gener fins i tot ens van canviar el nom: ara som Comitès Ètics d'Investigació, que, només per a alguns projectes, actuarem com a Comitès d'Ètica d'Investigació amb medicament o CEIm.

L'esperit d'aquest nou Reial Decret, transposat directament d'una directiva de la Unió Europea, és facilitar

i potenciar la realització d'assaigs clínics a Espanya, tot dotant el sistema de l'agilitat necessària pel que fa a tràmits que cal realitzar, potenciant la transparència i fomentant la investigació independent. Aquesta és una aspiració certament lloable i que tots subscriuríem, però caldrà veure si finalment la visió es pot concretar en missió.

Els principals aspectes de canvi que preveu el nou RD són l'emissió d'un dictamen únic, la possibilitat de negociació i signatura del contracte entre el promotor i el centre en paral·lel a l'aprovació, la presentació d'una memòria econòmica única, disposar d'un únic portal electrònic per a una única sol·licitud a la UE, el pagament d'una única taxa d'avaluació, l'exempció o reducció de taxes per als assaigs clínics sense ànim comercial, la possibilitat de treballar amb un model de contracte únic per a tot el Sistema Nacional de Salut (espanyol) i l'enviament del protocol en anglès amb la possibilitat d'un resum en espanyol. No són poques les veus que s'alcen en contra d'una normativa amb molts "únics" en la seva formulació i que deixen amb poques, o més aviat nul·les, possibilitats d'intervenció els centres de recerca en els grans assaigs clínics multicèntrics, tret evidentment del centre coordinador. Tanmateix, aquest enfocament absolutament centralitzador que deixa en poques mans decisions que poden afectar moltes persones neix del cor de la Unió Europea i, més enllà del probable suport entusiasta del Govern espanyol, molts hi veuen l'ombra allargada del potent lobby farmacèutic.



I és que fins ara els procediments establerts permetien que els diferents centres incorporeessin al protocol d'assaig esmenes d'interès no solament d'àmbit local, sinó també d'abast més global —ja se sap que quatre ulls hi veuen més que no pas dos. Durant els dos mesos que la normativa donava de temps

per aprovar l'assaig, el centre tenia oportunitat de copsar l'impacte que l'assaig en qüestió podia tenir sobre l'activitat assistencial, l'interès real pels seus pacients, etc, sempre amb l'assessorament del seu CEIC. Ara tot això s'ha acabat, i el més habitual serà que els centres s'assabentin que un promotor vol portar a terme

un assaig a l'hospital quan aquest presenti a la signatura de la direcció de centre el contracte de l'assaig, ja tancat i aprovat pel comitè d'un gran hospital (de Barcelona o Madrid) i amb dues úniques possibilitats: signar o no signar. Queda en mans de la direcció prendre la decisió, amb el suport o no de l'opinió dels seus comitès.

Alguns companys opinen que aquesta nova normativa buida de continguts la missió dels CEI i els aboca a l'extinció. El 2015 un 65% dels CEIC van actuar en algun estudi com a CEIC de referència; un 21% ho van fer com a CEIC de referència en més de 10 assaigs i, finalment, un únic CEIC va avaluar el 25% de tots els assaigs clínics de l'Estat espanyol. D'aquestes dades es desprèn que un cert nombre dels CEIC actuals podrien desaparèixer.

L'existència del/d'un CEIC en les institucions investigadores ha estat un motor de la recerca i ha afavorit la qualitat dels estudis presentats, amb l'avaluació, en molts casos, de projectes de tot tipus més enllà dels relatius a assaigs clínics amb medicaments. Sense l'entrada de recursos provinents dels assaigs de promoció industrial serà difícil mantenir el nivell de professionalització a què s'havia arribat, atès que els costos no seran assumibles per les institucions.

Com ja s'ha comentat, els assaigs clínics multicèntrics amb medicaments només són una part dels projectes que avaluen mensualment els nostres comitès d'ètica de la investigació; de fet, són majoria els projectes que no tenen un disseny d'assaig i que són promoguts per professionals de la salut que volen obtenir un FISS, realitzar una tesi doctoral o simplement obtenir dades de l'observació de la seva tasca

sanitària diària i avaluar resultats en salut. Tal com es mostra a la taula 1, al CEIC de la Regió Sanitària de Lleida només un 24% de l'activitat de l'any 2015 (30 projectes) va ser motivada per assaigs clínics multicèntrics de promoció externa. La resta són del tipus de projectes que es continuaran generant en el nostre àmbit de recerca i que necessitaran de l'avaluació del CEI. De feina, doncs, no ens en faltarà.

Malgrat aquest vent en contra, durant els dos primers mesos d'enguany, el nostre comitè ja ha actuat com a CEIm en dos assaigs clínics multicèntrics (un d'aquests internacional) promoguts per investigadors del nostre hospital. La seva presentació ens ha permès situar-nos en una posició important entre els comitès d'àmbit estatal i dotar-nos d'una capacitat d'influència i decisió bastant inèdita fins ara, tal com diu el refrany popular "no hi ha mal que per bé no vingui". Són el paradigma del que anomenem investigació clínica independent.

La pregunta és: Realment el nou RD afavoreix la realització d'assaigs clínics multicèntrics de promoció independent, o el que s'està veient al nostre centre és pura casualitat, o fins i tot un miratge?

És indiscutible que la simplificació radical dels tràmits per a la presentació i aprovació, si escau, dels assaigs clínics que comporta la nova normativa fa més fàcil (i més barat) tot el procediment i, per tant, els investigadors independents, sovint amb molts menys recursos que les companyies farmacèutiques, en surten beneficiats.

L'altre argument que s'esgrimeix com a central per justificar que el nou RD estimularà la recerca independent és la introducció del concepte d'assaigs clínics de baix

Taula 1: Tipus d'estudis clínics avaluats pel CEIC de la Regió Sanitària de Lleida durant l'any 2015

TIPUS PROJECTE	APR (APROVATS)	DEN (DENEGATS)	ACLARIMENTS
Assaigs clínics (AC) unicèntrics	1		
AC multicèntrics, CEIC implicat	30		1
AC multicèntrics, CEIC referència	0		
AC sense medicaments	0		
Investigació clínica amb productes sanitaris	5		
Estudis postautorització	29		3
Estudis farmacogenètica	4	0	
Altres	57	3	14

nivell d'intervenció. Aquest concepte es tradueix en la possibilitat de no haver de contractar una assegurança específica, aspecte que s'emporta una part important del pressupost de qualsevol estudi. Tanmateix, la polèmica es planteja quan es pregunta a l'asseguradora que cobreix els riscos de l'activitat sanitària als centres si es farà càrrec dels danys que puguin generar-se durant la participació en un assaig classificat com de baix risc, i que, per tant, no disposa de pòlissa específica. La resposta és, de moment, "no ho sap no contesta".

En definitiva, la nova normativa marca un abans i un després en els processos de tutela dels assaigs clínics amb medicaments, i redueix de forma molt significativa els controls administratius i tècnics que fins ara estaven en vigor. Només el temps ens dirà si aquests controls aportaven un valor afegit significatiu o si més aviat eren, en general, accessoris. Hem de ser optimistes i creure que el risc que afrontem tots plegats es veurà compensat per la professionalitat i la competència dels nostres investigadors i gerents, per tal d'assistir a un augment de la qualitat i la quantitat de la recerca clínica que es realitza als nostres centres i instituts de recerca.

Dr. Joan Antoni Schoenenberger Arnaiz
President del CEIC de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Dra. Montse Solanilla Puértolas
Secretària tècnica del CEIC de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFIA

RD 1090/2015, de 4 de desembre de 2015, pel qual es regulen els assaigs clínics amb medicaments, els Comitès d'Ètica de la Investigació amb medicaments i el Registre Espanyol d'Estudis Clínics.

Documento de instrucciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la realización de ensayos clínicos en España. Versió 3 de febrer de 2016.

Nova regulació dels assaigs clínics

L'any 2015, que serà recordat com un període de gran activitat legislativa, s'ha tancat, en allò que afecta l'àmbit sanitari, amb la publicació de l'RD 1090/15, de 4 de desembre, que regula els assaigs clínics amb

medicaments, els Comitès d'Ètica de la Investigació amb Medicaments i el Registre Espanyol d'Estudis Clínics (BOE de 24/12/15). El decret està vigent des del 13 de gener de 2016.

No podem pas dir que sigui una disposició inesperada, ans al contrari, els sectors dedicats a la recerca amb medicaments des de fa bastant de temps esperaven la promulgació de l'RD que ara comentem, atès que desenvolupa i aplica les normes establertes en el Reglament UE 536/14, del Parlament i del Consell, de 16 d'abril de 2014, i que estableix una normativa comuna i uniforme per a l'autorització d'assaigs clínics en tot l'àmbit de la UE.

Aquesta és una característica

que sempre hem de tenir present. Des del 2014, la norma bàsica en la regulació dels assaigs clínics és el Reglament 536/14, de la UE, del qual deriven les disposicions dels estats en la matèria, que només poden contemplar els aspectes que el mateix Reglament de la UE. Per això, tant aquell que faci una lectura i/o estudi del contingut de l'RD 1090/15, com els professionals que l'apliquin no els ha de sorprendre trobar en el seu articulat constant referències i remissions al Reglament 536/14 de la UE, i des d'ara recomanem tenir-lo en tot moment a la vista i fer-ne una lectura i aplicació integrada.

Com acostumar a ser habitual en les disposicions de la UE, i podem

La nova normativa marca un abans i un després en els processos de tutela dels assaigs clínics amb medicaments i redueix els controls administratius

dir que en les normes internes, el nou RD 1090/15 dedica una de les primeres disposicions, l'article 2n, llarguíssim, a establir les definicions dels diferents conceptes i actuacions que contempla, començant per la de "medicament d'ús humà" i acabant per la de "subestudi", aspecte que no podem analitzar en aquest moment, però que és molt recomanable de tenir en compte.

El decret diferencia estudi clínic d'assaig clínic pel fet que aquest assigna el subjecte a una estratègia terapèutica determinada, que no és pràctica clínica habitual a l'estat membre de la UE on es duu a terme l'assaig. A més, incorpora com a novetat la definició dels assaigs clínics de baix nivell d'intervenció com aquells en els quals s'apliquen medicaments autoritzats, i conforme al contingut de l'autorització de

comercialització, sense posar en situació de risc el pacient. També dona una definició de la "pràctica clínica habitual" com el tractament que s'acostuma a seguir per diagnosticar, prevenir o tractar una malaltia.

S'ocupa de la definició del consentiment, sobre la qual, si se'ns permet, en podem fer una crítica entenenent que crea certa confusió quan es refereix al que han de prestar els menors i incapaços (o persones amb la capacitat modificada, per dir-ho amb més precisió) i quan es refereix a l'autorització que han de donar el representant designat legalment.

Per disposició de l'article 4, el concepte del consentiment es defineix per l'aplicació integrada de



les disposicions sobre el particular contingudes en el Reglament de la UE 536/14, de 16 d'abril, i per les dels articles 8 i 9 de la Llei de l'Estat 41/02, d'autonomia del pacient. El consentiment és revocable en qual-sevol moment, i els menors l'han de reiterar quan arribin a la majoria d'edat i tinguin, per tant, la plena capacitat d'obrar.

Els assaigs que es practiquin en situacions d'urgència, per interès específic o per motius de necessitat, no necessiten el consentiment del subjecte, sempre que es compleixin les previsions de l'article 35 del Reglament 536/14, de la UE.

De la mateixa manera, la participació de les dones embarassades o en període de lactància en assaigs clínics queda supeditada a les disposicions de l'article 33 del Reglament de la UE.

Cal informar els subjectes, als efectes que puguin manifestar el seu consentiment, sobre la destinació futura de les mostres biològiques que s'obtinguin en la realització d'un assaig, que pot ser la destrucció, la incorporació a una col·lecció o bé a un biobanc.

Són requisits per a la realització d'un assaig llur correcció tècnica i metodològica, continguda en un disseny que ha de permetre tenir resultats fiables. En el disseny i realització dels assaigs clínics cal respectar els drets a la integritat i la dignitat dels subjectes, que és tant com dir llurs drets i fonaments. El Comitè d'Ètica de la Investigació amb Medicaments (d'ara en endavant, CEIm) és l'encarregat de vetllar per la protecció dels drets, la seguretat i el benestar de les persones que, voluntàriament i previ consentiment, actuen com a subjectes d'un assaig.

L'RD regula la indemnització de danys i perjudicis (arts. 9 i 10), contemplada com a responsabilitat objectiva durant la realització de l'assaig i l'any següent al de la data de la seva finalització, i estableix l'obligació del promotor de contractar una assegurança que cobreixi fins a 150.000 € per persona que sotmet a l'assaig, i un capital màxim per assaig i any de 2.500.000 €. Només en queden exclosos els anomenats "assaigs de baix nivell d'intervenció", sempre que el centre on es desenvolupi i els professionals que els duguin a terme tinguin contractada una assegurança d'RC professional individual o col·lectiva.

En els assaigs classificats com a "investigacions clíniques sense afany comercial", hom pot presentar

el protocol i demanar l'autorització sense contractar l'assegurança, però caldrà fer-ho una vegada en sigui autoritzat pel CEIm.

El CEIm és l'òrgan independent que avalua els aspectes metodològics, ètics i legals dels assaigs clínics, emet un dictamen sobre la seva realització i en fa el seguiment. Juntament amb l'Agència Espanyola del Medicament (AEM), es configura com l'òrgan sobre el qual pivota la realització dels assaigs. Són supervisats de la mateixa manera que els Comitès d'Ètica de la Investigació (CEI), previstos per la Llei 14/07, de 3 de juliol, de recerca biomèdica.

L'article 12 preveu que els CEIm, a més de les funcions pròpies, actuïn també com a CEI. Això és, encara que sigui separatament i en moments diferents, un mateix comitè –deixant de banda el cognom que tingui circumstancialment– que contempli tant la recerca biomèdica bàsica i aplicada com la recerca amb medicaments, i que vetlli, en cada cas, pel compliment de les normes que siguin d'aplicació.

El CEIm està format per deu membres, entre els quals hi ha un llicenciat o graduat en Dret, i una persona lloga que representarà els interessos dels pacients. I haurà d'incorporar especialistes *ad hoc* segons el tipus d'assaigs que avaluï (menors, demències, ORL, etc.).

Constitueix una novetat l'establiment d'un secretaria tècnica, professional, del CEIm, integrada en l'organigrama del centre, amb dotació pressupostària i equipament i de mitjans tècnics i estructurals per desenvolupar les funcions assignades, servida per un titular superior amb coneixements de medicina, metodologia de la recerca, bioètica, farmacologia i regulació dels medicaments.

El president i el vicepresident del CEIm són elegits pels vocals, cosa que també cal considerar-la com una innovació. Els CEIm són acreditats per l'autoritat sanitària de les comunitats autònomes. Els CEI actuals disposen de dos anys per tramitar la seva acreditació com a CEIm. L'AEM facilitarà es procediments per a l'avaluació i emissió dels dictàmens als CEIm, coordinarà llur funcionament i establirà un memoràndum de col·laboració amb aquests.

Per tal que es pugui realitzar un assaig clínic amb medicaments, és necessari el dictamen favorable d'un CEIm de l'Estat i l'autorització de l'AEM. Cal que coincideixin ambdós,

dictamen i autorització. I d'aquesta manera es modifica radicalment el sistema anterior. Passem de diferents dictamen dels CEIC corresponents als centres implicats en l'assaig a l'establiment del dictamen únic, com a requisit suficient amb l'autorització de l'AEM, per a la realització d'un assaig. El dictamen únic és contemplat com una mesura que redueix la burocràcia i que, al mateix temps, escurça el temps i redueix la despesa dels assaigs.

Per disposició del Reglament EU 536/14, la documentació referida als assaigs es divideix en dos blocs, la part I i la part II. Correspon a l'AEM l'estudi i avaluació de la part I, i als CEIm, de la part II. Però aquesta norma no serà vigent fins que no sigui totalment aplicable el Reglament 536/14, que s'espera per al 2017 o el 2018. Fins a aquell moment, s'ha de seguir aplicant l'antiga normativa en tot allò que fa referència a l'avaluació dels protocols d'assaigs clínics que siguin presentats, però pels antics CEIC, ara reconvertis en CEIm, i d'acord amb les disposicions de l'RD 1090/15.

La presentació de les sol·licituds d'avaluació dels protocols d'assaigs es pot fer, indistintament, al Portal de la UE (que encara no està en funcionament), a l'AEM i/o al CEIm que hagi escollit el promotor. A partir d'ara, amb l'existència del dictamen únic, veurem com el promotor presenten els protocols dels assaigs als CEIm que desenvolupin una gestió en els nivells més alts de professionalitat i de qualitat científica. Apuntem, finalment, que correspon a l'AEM el cobrament de les taxes que s'estableixin per a la realització d'assaigs, i de repercutir-ne, posteriorment, l'import amb els centres que hi participin.

L'RD 1090/15 dedica els articles 38 a 43 a establir les normes de "Bona pràctica clínica" en la realització d'assaigs clínics, i defineix les funcions i les responsabilitats de promotor, monitor i investigadors que hi participen. Actualment, l'Administració i els mateixos CEIm treballen en l'elaboració de les instruccions que han de fer possible l'aplicació de la nova normativa que té una important transcendència en la generació de coneixement, de l'atenció de la salut, del progrés econòmic i del benestar de la societat.

Amb aquestes ratlles, que no volen ni poden abastar tots els aspectes contemplats per l'RD, ens limitem a deixar constància de la seva vigència.

Dr. J. Corbella i Duch
Advocat



3^R CONGRÉS
DE LA PROFESSION
MÈDICA DE
CATALUNYA

GIRONA · 10 NOVEMBRE 2016

El punt de trobada dels metges i metgesses de Catalunya per posar de relleu els temes que preocupen al col·lectiu, proposar solucions i traçar el camí del professional del futur.

Participa en les ponències del 3rCPMC

Tots els metges i metgesses col·legiats catalans poden formar part del debat de les ponències de forma virtual a través de la Intranet del web

www.congresprofessio.cat

4 eixos de debat:

- Lideratge i participació.
- Noves realitats, nou professionalisme.
- La formació del metge del futur. Instruments de garantia.
- Actualització del Codi de Deontologia.



Més informació a:
www.congresprofessio.cat
congres@congresprofessio.cat
segueix-nos a @3rCPMC



Organitzat per:



Col·legi de Metges
de Barcelona



Estudios biomecánicos de la marcha: qué son, para qué sirven y cómo se hacen

Un estudio biomecánico de la marcha es un tipo de examen complementario, tanto estático como dinámico, que suelen realizar los podólogos o los médicos del deporte básicamente para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de las extremidades inferiores. La biomecánica trata de la aplicación de las leyes de la mecánica a las estructuras vivas, en nuestro caso el aparato locomotor.

La biomecánica es una ciencia que se enriquece de diversas profesiones. Así, la parte mecánica está directamente relacionada con las ingenierías y la física. Pero la parte biológica se enriquece tanto de las profesiones sanitarias, que constituyen la biomecánica médica, como de las profesiones no sanitarias, entre las que se incluyen la biomecánica ergonómica y la de la actividad física y deportiva (Tabla 1).

La biomecánica de la medicina deportiva sirve para conocer el mecanismo lesional, básicamente el de las lesiones por sobrecarga¹, para intentar prevenirlas desde el punto de vista de una correcta alineación biomecánica. Los podólogos² han sido los profesionales sanitarios que han introducido los estudios biomecánicos de la marcha.

Historia de los estudios de la marcha. Escuelas biomecánicas

Las referencias actuales de los estudios biomecánicos de la marcha empiezan en los años 70 con los escritos de Root, Weed y Orien. Merton Root³ fue un innovador y marcó un antes y un después en la biomecánica de la extremidad inferior.⁴

En este artículo se reflexiona sobre los paradigmas biomecánicos más importantes de las extremidades inferiores y su aplicación en las principales lesiones por sobrecarga de las extremidades inferiores.

Existen dos escuelas biomecánicas, una europea, que sigue básicamente el modelo francés, y una anglosajona (Tabla 2).

Paradigma biomecánico

Un paradigma biomecánico está constituido por los supuestos teóricos generales y las técnicas que para su

aplicación adoptan los miembros de una determinada comunidad científica (Tabla 3).

¿Son teorías científicas estos paradigmas?

Para unos autores sí y para otros no. A continuación se analizan los motivos de cada postura (Tabla 4).

Entonces, ¿para qué sirven?

- Estas teorías permiten observar los hechos que evidenciamos y les dan una explicación racional (muy útil en la explicación de lesiones deportivas por sobrecarga por momentos pronadores o

supinadores), pero no impiden que otros biomecánicos vean y observen cosas diferentes.

- No obstante, no dejan de ser modelos teóricos, más o menos actualizados, y no debemos despreciar ninguna de sus bases, pero al mismo tiempo, como biomecánicos clínicos que somos, debemos de ser cautos en su aplicación práctica, así como conocer sus limitaciones y no utilizarlos como una guía de tratamientos, sino como unos modelos teóricos que ayudan a comprender y tratar las lesiones por sobrecarga.

Los autores de este artículo fuimos formados biomecánicamente en su momento en torno a la escuela europea. Como la gran mayoría de patologías que vemos en nuestras consultas, tienen un origen en las sobrecargas deportivas, biomecánicamente emigramos a la escuela americana, ya que cuando aplicábamos los principios de la primera solíamos tener fracasos en nuestros tratamientos, quedando estos más minimizados cuando aplicábamos la biomecánica norteamericana. Con esto no queremos decir que renegamos de la escuela europea, ya que muchas

BIOMECÁNICA			
Ingenierías	Medicina	Ergonomía	Actividad física
Física	- Traumatología		
	- Medicina deportiva		
	- Fisioterapia		
	- Podología		

Tabla 1

EUROPEA (Francia)	ANGLOSAJONA (EE.UU., UK, Australia)
Tiene en cuenta la posición retropié	Tiene en cuenta la posición neutra art. subastragalina (ASA)
Tiene en cuenta la morfología de la huella plantar	No tiene en cuenta la morfología de la huella plantar
Básicamente estática	Siempre realiza el estudio dinámico
El tratamiento busca la neutralidad retropié	Siempre se realiza un molde de yeso del pie
Plantilla: palmilla en la que se pegan cuñas externas y sobre todo en retropié. Las descargas son siempre extrínsecas	Las cuñas y descargas son extrínsecas o intrínsecas tanto en retropié como antepié
Alto fracaso de tratamientos, especialmente en las de origen dinámico	Buena utilidad en patología estática y sobre todo la de origen dinámico
Utilidad en patología de origen estático: Metatarsalgias en señoras mayores de 55 años Usan descargas extrínsecas	Se basa en las funciones del pie: compensación, amortiguación, progresión, equilibrio y estabilidad
No condicionan tanto el calzado	Sí condicionan el calzado
	Busca la etiología de la patología y tiene en cuenta las compensaciones a distancia
	Da mucha importancia a la función del primer radio
Los soportes plantares se conocen con el nombre de "por elementos o plantillas tipo Lelièvre"	Los soportes plantares se conocen con el nombre de plantillas funcionales

Tabla 2

PRINCIPALES PARADIGMAS BIOMECÁNICOS EEII (modelos teóricos MT)

M.T. Morton: hiper movilidad primer radio

M.T. Trípod: tres puntos de apoyo (1,5 meta, Calcáneo). Testut, Orts Llorca

M.T. Hicks (mecanismo de Windlass o molinillo)

M.T. Lelièvre (modelo europeo): elementos plantares

M.T. Root (neutralidad ASA): con él empiezan los estudios dinámicos

M.T. Nigg (respuesta propioceptiva): a las fuerzas de reacción del suelo

M.T. Martín Rueda (bisagras articulares)⁵: patenta la cámara podoneumática⁶

M.T. Kirby (equilibrio rotacional de la articulación subastragalina): en condiciones de neutralidad en un plano transversal, el eje ASA pasa por el primer radio

M.T. Erik Fuller (centro de presiones)

M.T. Danenberg-Payne (facilitación en el plano sagital): estudia los Rockers en el plano sagital, explica y clasifica Hallux Limitus Funcional e introduce la cuña cinética de Danenberg

M.T. Hunt y Mc Poil (estrés de los tejidos): sigue la Ley de Hook de Física. Punto de no retorno. Zona plástica y elástica.

Tabla 3

SÍ	NO
Describen la metodología de trabajo	No superan el principio de falsabilidad:
Establecen leyes o principios teóricos	para contrarrestar una teoría se precisa
Utilizan instrumental	un contraejemplo
Aportan principios metafísicos que nos guían	Si no se puede refutar: se acepta provisionalmente. Nunca se verifica

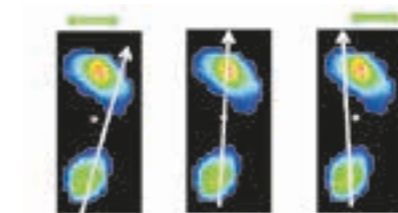
Tabla 4

veces la solemos aplicar, sobre todo cuando vemos que la patología tiene una base estática. La ventaja de estar formados en los dos modelos nos permite escoger de una forma más selectiva el tipo de ortesis plantar y, en caso de fracaso de uno de los tipos, no tenemos inconveniente en probar el otro prototipo.

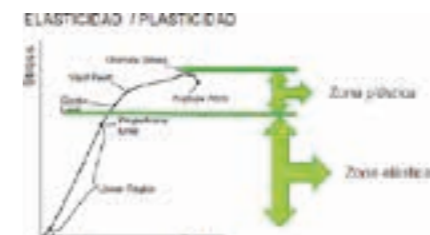
Lo cierto es que con los avances técnicos informáticos, en un futuro no muy lejano se impondrán las ortesis plantares en 3D. Nosotros ya hace dos años que las utilizamos para patologías concretas (fascitis plantares). Este tipo de ortesis se suelen confeccionar mediante un software informático que utiliza la metodología americana,



M.T. Kirby



M.T. Rrik Fuller



M. T. Hunt-Mc.Poil

pudiendo anatomizar de forma exacta el pie y confeccionar unos elementos correctivos muy precisos (balances en inversión, cuñas intrínsecas en vez de extrínsecas). Mediante este software, un láser digitaliza el pie o un molde de yeso que permite, gracias a una impresora 3D, obtener una ortesis plantar con las correcciones y compensaciones pertinentes que hemos realizado en el menú del programa informático.

Para qué sirven los estudios biomecánicos

Sirven para dar una visión global del comportamiento de la extremidad inferior. Su utilidad principal es ver cómo se comporta el apoyo del pie en el suelo en todas las fases de la marcha (fase de choque de talón, fase media o de apoyo total y despegue) y la interrelación de las otras articulaciones de la extremidad inferior. Nadie pisa por donde le duele, por lo que el pie tendrá que "buscarse la vida" para encontrar un apoyo indoloro, lo cual repercutirá en toda la cadena cinemática de la extremidad inferior y comportará movimientos anormales a distancia de las articulaciones, que en un principio serán subclínicos, pero que, si continúan, según la teoría de estrés de los tejidos de Hunt y Mc. Poil, serán clínicos. Por ejemplo, una entesitis de la pata de ganso supinación, uno de los movimientos de compensación que tiene el pie para apoyar su totalidad en el suelo con una articulación mediotarsiana bloqueada va a ser pronar la articulación subastragalina o aumentar el

valgo de rodilla. Si se produce esto último, puede ser que aumente el ángulo Q de la rodilla y, por tanto, hay muchas posibilidades de que se produzca una entesitis de la pata de ganso o una tendinitis rotuliana. En este caso, la escuela europea, al observar una supinación, como tratamiento propondría una cuña pronadora que haría pronar aún más el pie, lo que empeoraría la clínica de la pata de ganso. Mientras que la escuela anglosajona dejaría la articulación mediotarsiana tal como está, es decir, supinada (colocaría una cuña supinadora anterior) y así en dinámica se evitaría la hiperpronación en la fase media de la marcha o el aumento del valgo de la rodilla, que es la causa de la clínica de la pata de ganso. Lo que se pretende con la escuela americana es crear un suelo artificial que nos mantenga la mediotarsiana supinada de modo que no aumente el valgo de rodilla. De esta explicación podemos deducir que el diagnóstico estático que ofrece un podoscopio conlleva una interpretación totalmente errónea de lo que realmente ocurre en dinámica.

De todos los paradigmas descritos anteriormente de forma *sucinta*, los modelos que nos interesan más para explicar los movimientos acomodativos a distancia de las extremidades inferiores son:

1. Modelo de Martín Rueda o de Michaud (bisagras articulares)

Muy útil para conocer cómo se comportan las articulaciones en función de si estas son bisagras o no. Así, por ejemplo, la enartrosis de la cadera, aunque tenga movimientos de flexión-extensión, tiene rotaciones y abducción y aducción. La tróclea de la rodilla y el tobillo, las interfalángicas, se comportan como una bisagra. Las metatarsfalángicas son condíleas (pueden hacer abducción y aducción), pero básicamente hacen flexión y extensión. En cambio, la mediotarsiana no es una bisagra, ya que se comporta como una paleta rígida que permite un movimiento de 2/3 en supinación y 1/3 en pronación. De todo esto deducimos que la funcionalidad de la mediotarsiana es muy importante para la adaptación del pie al suelo. Si no funciona bien, las otras articulaciones "se tendrán que buscar la vida" y hacer movimientos anormales para adaptar el pie al suelo.

2. Modelo de Kevin Kirby y Erik Fuller (desviación medial o lateral del eje subtalar y desviación del centro de presiones)

Kirby clasifica la patología del pie en función de si hay desviación medial de la articulación subastragalina (momentos pronadores) o desviación lateral del eje subastragalina (momentos supinadores) (Tabla 5).

Fuller realiza un modelo parecido al de Kirby teniendo en cuenta los centros de

Desviación medial ASA	Desviación lateral ASA
Hallux abd valgus /limitus	Marcha en avanzada supinación
Fascitis plantar	Tenosinovitis crónica peroneos
Capsulitis 2ª art. MTF	Esguinces en inversión
Sd. seno tarso	Sobrecarga columna lateral
Disfunción tibial posterior	
Condromatía rotuliana	
Bursitis pata ganso	
Síndrome cintilla ileo-tibial	
Algunas bursitis trocántéricas	

Tabla 5

presiones, pero la finalidad es la misma (desviación medial o lateral del centro de presiones) y, por tanto, momentos pronadores o supinadores.

3. Modelo de estrés de los tejidos (Hunt i Mc. Poil)

Este modelo va bien para explicar las lesiones por sobrecarga, ya que a diferencia de las lesiones traumáticas, las primeras tienen un período subclínico en el que el tejido (óseo o tendinoso) empieza a sufrir, pero el paciente no es consciente del problema y llegará un momento en el que, si persisten las alteraciones biomecánicas, más la sobrecarga que comporta la actividad física, van a dar clínica. Clínica que, a pesar de ser una lesión menor, puede condicionar mucho la vida deportiva.

En qué consiste el estudio biomecánico de las extremidades inferiores

El estudio biomecánico es un examen complementario que ayuda a la exploración física. El estudio biomecánico se realiza primero en estática y luego en dinámica.

Para la estática se utiliza una plataforma de presiones (a veces de fuerza, pero esta está más indicada para la investigación). La primera, mediante una escala colorimétrica, nos permite ver los puntos de presión de las cabezas metatarsales, la forma de la huella plantar y las desviaciones del centro de gravedad respecto a un eje cartesiano.

Para el estudio dinámico se precisa un banco de marcha o cinta de correr que lleve incorporada una plataforma de presiones para poder ver las presiones en las fases de la marcha. Este banco de marcha tiene que disponer de diferentes cámaras de vídeo.

En los estudios biomecánicos nos inte

CADERA	RODILLA	PIERNA	PIE
Nervioso - Sd. Piramidal - Meralgia parestésica	Tendinosas o entesitis - Sd.cintilla I-T (rodilla corredor) - Sd.pata ganso - Tendinitis rotuliana (rodilla del saltador) - Tendinitis cuadricipital - Tendinitis poplitea - Sd Sinding-Larsen-Johanson	Síndrome compartimiento Tibio-peroneo * periostitis tibial * tendinitis tibial posterior Síndrome compartimiento anterior *tibial anterior *extensor común dedos *extensor primer dedo Síndrome compartimiento lateral *peroneo lateral largo *peroneo lateral corto	- Fascitis plantar - Tendinopatía tibial posterior - Escafoiditis tarsiana - Sd seno tarso - Fractura estrés - Patología tendón Aquiles(tendinitis, tendinosis...) - Enfermedad Haglund -Enfermedad Sever - Sesamoiditis - Patología primer radio (hallux rigidus, hallux abductus valgus) Insuficiencias primer radio - Patología radios menores (metatarsalgias)
Muscular, tendinitis - Pubalgia - Tendinitis: * trocánterea * ileopsoas * recto femoral - Miscelánea: tendinosis * recto anterior * sartorio * grácil * fascia lata * glúteo medio	Alteraciones en el cartilago - Dolor femoropatelar - Osteocondritis juvenil		
Bursitis - Trocánterea	Lesiones óseas - Fractura rótula - Arrancamiento tuberosidad tibial anterior - Arrancamiento espina tibial		
Óseas /articulares	Miscelánea - Bursitis varias - Quiste poplíteo o Baker		
- Sacroiliácas			
-Sd. labrum o rodete acetabular			
- Sd. cadera en resorte (chasquido interno cadera)			
- Choque femoro-acetabular			

Tabla 6

resa ver el comportamiento de las articulaciones de la extremidad inferior en las distintas fases de la marcha (choque de talón, fase media y despegue), cómo apoya la articulación mediotarsiana y cómo se comportan las articulaciones a distancia (subastragalina, tobillo, rodilla) en este apoyo en el suelo. También es importante conocer las fórmulas metatarsales dinámicas (oblicua o transversa), ya que las estáticas no tienen ningún interés en dinámica (griego, egipcio, cuadrada).

Lesiones de las extremidades inferiores y beneficios de un estudio biomecánico de la marcha

Las lesiones por sobrecarga de pelvis y cadera son de las más difíciles de tratar en traumatología deportiva, quizá por las dificultades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, pero aún es más difícil explicar su etiología biomecánica según el modelo biomecánico de las bisagras articulares que estu-

diamos en este trabajo, ya que la articulación de la cadera no es una bisagra, pues además del movimiento de flexión extensión (propio de una bisagra) tiene también abducciones-aducciones y rotaciones. Es en este movimiento rotatorio en el que se intuye un origen biomecánico en algunas sobrecargas de la cadera. En las lesiones por sobrecarga de la rodilla, al ser una bisagra donde también influyen los momentos pronadores como en la pierna y el pie, los tratamientos biomecánicos son más eficientes (Tabla 6).

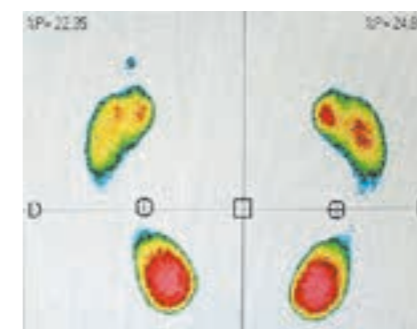
Conclusiones

En este trabajo hemos seleccionado las principales lesiones por sobrecarga de las extremidades inferiores que, a pesar de que son entidades o lesiones menores, pueden llegar a condicionar la progresión de los deportistas. Muchas de estas son tratadas simplemente con reposo, lo que, si bien es correcto, la mayoría de veces el deportista no puede permitirse y, generalmente, si no se actúa de forma fisioterapéutica o biomecánica, volverán a aparecer después de cesar el reposo.

Estas lesiones no dejan de ser sobrecargas en las que se sobresolicita de forma importante un tendón, un hueso o una bursa, y a las cuales se puede aplicar muy bien la teoría del estrés de los tejidos de Hunt y Mc. Poil. Al mismo tiempo, el modelo biomecánico de Kirby y Fuller nos permite ver si son por momentos pronadores o supinadores y la teoría biomecánica de las bisagras de Martín Rueda o de Michaud nos aclara los mecanismos de compensación, así como su posible mejoría mediante una ortesis plantar.

Para la confección de la ortesis plantar es importante conocer bien la biomecánica de la extremidad inferior, así como los mecanismos de compensación biomecánicos. Cuantas más teorías o escuelas biomecánicas conozcamos, mejor podremos comprender cómo tiene que ser la confección de las ortesis plantares. Cada vez los profesionales sanitarios ven con mejores ojos los estudios biomecánicos de la marcha, es más, el progreso tecnológico lleva a esto. Es cierto que algunas veces, y según la formación que tenga quien realiza estos estudios biomecánicos, pueden parecer un timo, ya que no se saben interpretar y la gente se deja engañar por un aparataje informático complicado.

Los estudios biomecánicos de la marcha son un arma potente para diagnosticar y tratar patologías de la extremidad inferior (especialmente las de sobrecarga). Nunca suplirán una buena exploración física, pero sí que la pueden complementar. La ignorancia es grande y muchas veces por desconocimiento hay profesionales que prescinden de ellos y solo los recomiendan cuando han fra-



Plataforma de presiones: se observan las sobrecargas metatarsales que provocan un mecanismo de huida porque nadie pisa por donde le duele. Se observa el centro de gravedad respecto al eje cartesiano.



Confección de molde de yeso en dinámica mediante el sistema Podomedel



Banco de marcha y cinta con diversas cámaras



Antepié supinado que en dinámica va a hiperpronar



Láser escaneando para la confección de ortesis mediante la técnica CAD.CAM

casado en sus tratamientos originales. Sea como sea, como cualquier examen complementario novedoso, acabarán imponiéndose en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones por sobrecarga. El futuro de las ortesis plantares está en las técnicas CAD-CAM y en las

impresoras 3D, pero es imprescindible estar formado en el comportamiento biomecánico de las extremidades inferiores.

- Dr. Fernando Pifarré San Agustín**
Médico especialista en Medicina Deportiva y podólogo
Profesor de Biomecánica de la Universidad Central de Cataluña
Director del Centro Medicina Deportiva de Lleida de la Generalitat de Cataluña
- Dra. Helena Palacin Fornons**
Dra. Anunciación Español Burull
Médicos especialistas en Medicina Deportiva
Responsables de los Servicios Médicos Lleida Esportiu, Terraferma Club de Futbol y del Club Esportiu Lleida Llista Blava
- Teresa Prats Armengol**
Maite Charles Costa
Diplomadas universitarias en Podología y Enfermería
Práctica Privada Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

NOTAS

- Suelen ser lesiones de una entidad menor, por ejemplo, rodilla del corredor, en las que el tratamiento de reposo no es suficiente, ya que al volver a la práctica deportiva suele reproducirse. No obstante, la alineación correcta de la extremidad inferior mediante una ortesis plantar puede prevenirlas con un gran éxito.
- Según nuestra legislación (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), los podólogos son los únicos, junto con los médicos, que están autorizados a realizar estudios biomecánicos de la marcha por su capacidad de diagnosticar de forma autónoma a los pacientes, cosa que los fisioterapeutas actualmente no pueden hacer. Los licenciados en ciencias de la actividad física (INEF), al no ser profesionales sanitarios, no pueden realizar una exploración biomecánica clínica, ciñéndose su campo de actuación a estudios para la mejora del rendimiento deportivo realizados en pista o campo deportivo, pero nunca en un centro sanitario, donde se les puede acusar de intrusismo profesional y, por tanto, penado por la ley. No se pueden considerar estudios biomecánicos clínicos los que se realizan en tiendas de material deportivo, siendo etiquetados como campañas de márketing que confunden a los usuarios.
- Levy Benasuly, Ana Esther, Cortés Barragán, José. Ortopodología y aparato locomotor. Barcelona: Ed: Masson, 2003, pág. 485.
- Actualmente estos autores se consideran unos clásicos, siendo superados por otras teorías emergentes y que describimos en este artículo.
- Rueda Sánchez, Martín. Podología. Los desequilibrios del pie. Barcelona: Ed. Paidotribo, 2004, pág. 263.
- Martín Rueda patentó la primera plataforma optométrica del mundo (1987) y la registró como patente de invención con el título de Podómetro, por el procedimiento vídeo-neumático para el estudio de las presiones plantares. Montañola Vidal, Agustín. Sistema de análisis plantar y biomecánico de la marcha mediante plataformas optométricas de luz no estable (POLNE), dentro de Manual de técnicas de ortopodología. Barcelona. Ediciones Europeas Especializadas: 2004, pág. 51.

Les aplicacions (apps) mòbils i la salut

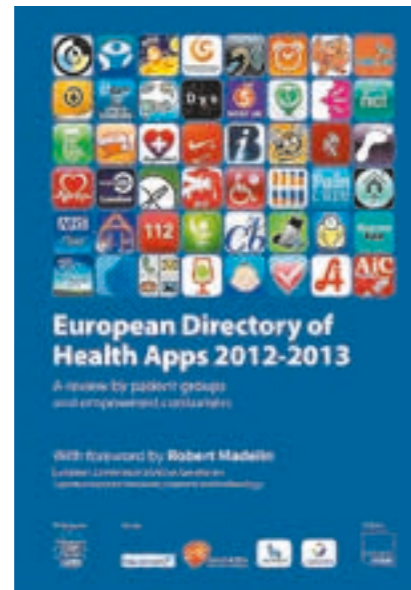
És més que evident que l'aparició de les tecnologies de la informació i la comunicació en els darrers anys han suposat un canvi d'època en la comunicació entre persones arreu del món. La informació ha passat a ser més mòbil que mai. Si ens fixem en el moviment de xifres que el món de la informació mòbil genera, veiem que a l'Estat espanyol hi ha una penetració d'un 66% de smartphones (telèfons intel·ligents), de les més altes d'Europa, amb uns 23 milions d'usuaris d'aplicacions mòbils (apps), així com 3,8 milions de descàrregues d'apps diàries, totes, xifres gens menyspreables⁽¹⁾...

Les apps en el món de la salut

El món de la salut no és aliè a tot aquest moviment, i any rere any van creixent les oportunitats i les possibilitats que aquesta tecnologia ofereix per aprofitar-la dins el nostre àmbit en moltíssims aspectes, que van des de la informació o comunicació fins a l'atenció al pacient, passant pel registre, monitorització i seguiment de dades clíniques. Tota aquesta tendència ha fet néixer termes ja inclosos en els nostres vocabularis habituals, com eSalut/ eHealth, i altres de més centrats en la mobilitat de la informació, com mSalut/ mHealth.

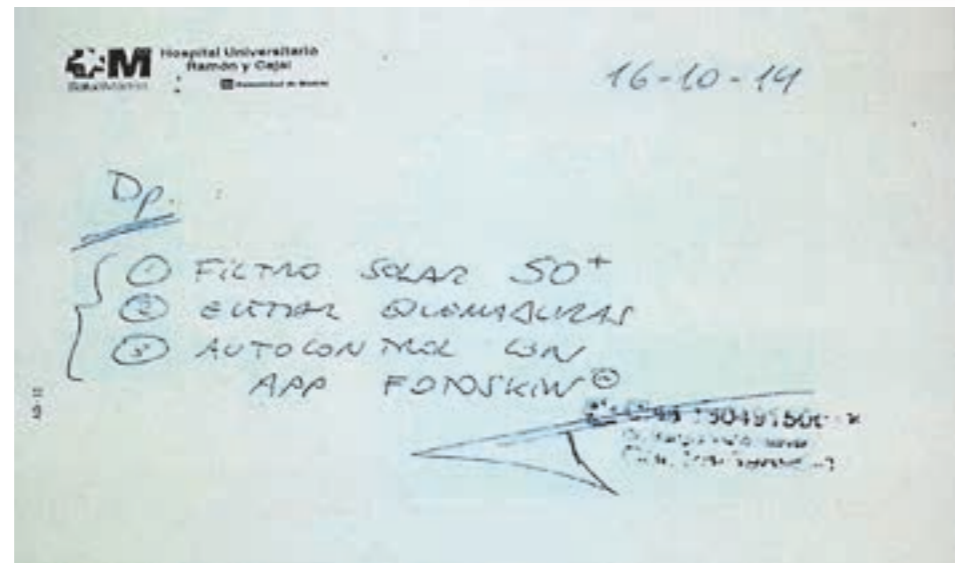
Partint de la base que ens trobem amb el fet que la salut mòbil (mSalut) ha arribat per quedar-s'hi, i que ens hi haurem d'adaptar des del punt de vista assistencial, quins són els seus objectius? Doncs bàsicament augmentar l'apoderament del pacient i auto-responsabilitzar-lo de la seva salut, modificar hàbits saludables i estils de vida, realitzar un canvi en les relacions personals (en l'àmbit professional i de pacient) i de processos i activitats, tant en comunicació com en gestió, en monitorització, gràcies a l'aparició dels anomenats *wearables* o dispositius de registre de dades i informació del pacient lligades a les apps, amb el consegüent emmagatzemament d'aquestes i la creació de la coneguda BigData, o conjunt de dades clíniques acumulades provinents de tots els dispositius amb l'objectiu de tractar-les i utilitzar-les per millorar la salut dels pacients.

Avui dia existeixen prop de 150.000 apps exclusivament de salut arreu del món, i se'n calcula un creixement exponencial en els propers anys. El 70% d'aquestes apps van dirigides al públic en general, i la resta, a professionals



B. Directori europeu d'apps de Salut

de la salut. I tot i que les temàtiques que abasten són innumerables, cal destacar que la gran majoria tracten patologies relacionades amb els factors de risc cardiovascular, com hipertensió arterial, diabetis mellitus, dislipèmia, obesitat...⁽²⁾ (A)



C. Prescripció real d'una app de salut

Punts febles

Les apps en el món de la salut viuen un període de constant evolució, i la pregunta és: fins on arribarà tot plegat? Tot i així, avui dia hi ha importants déficits detectats i certs aspectes que no estan gens clars en aquestes eines, ja que en ocasions podem dubtar de la



Estudio elaborado por The App Intelligence con el patrocinio del Observatorio Zeltia y la colaboración de The App Data, la Cátedra conjunta Zeltia-Universidad Rey Juan Carlos/Innovación, Salud y Comunicación, la Red de Innovación (RDI) y Wake App Health.

A. Les 50 millors apps de Salut



D. www.Appdemecum.com

referència.

Altres punts febles detectats, a banda de la fiabilitat de la funcionalitat de l'app i de la informació que contenen, tenen a veure amb la integració d'aquestes apps als sistemes d'informació i de treball que s'utilitzen als nostres llocs de treball habitual, la qual cosa suposaria un gran avenç per no haver de duplicar la feina ni tenir dues plataformes de treball en cas que l'app enregistrés dades clíniques.

Finalment, però no sense importan-

cia, també existeix el problema de la manca de col·laboració per part d'institucions i organitzacions en el desenvolupament d'aquestes eines, situació que comportaria solució a molts dels problemes anteriors.

Certificació de les apps

Queda clara, doncs, la necessitat de regulació de les apps per part dels estaments i les institucions adequades per donar-los més fiabilitat i serietat,

i és per això que a escala mundial ja s'està treballant en aquesta direcció, sobretot en aquelles apps que fan que el telèfon mòbil funcioni com a dispositiu mèdic (*medical device*) i pugui posar la vida del pacient en perill en cas de mal funcionament.

Des de la Food and Drug Administration (FDA) fins al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), passant per institucions a escala europea, s'està treballant per donar solució a aquest buit. En aquest aspecte, són molt recomanables el Directori Europeu d'Aplicacions de Salut⁽³⁾ (B) i el Distintivo App Saludable⁽⁴⁾.

Tipus d'apps de salut

Podem classificar les apps de salut segons si el contingut és generalista (per a pacients) o científic (per a professionals), o bé per la seva funció principal o objectiu, en diverses categories:

Informació: es limiten simplement a donar informació sobre malalties o temàtiques relacionades amb la salut.

Educació i sensibilització: tenen com a funció educar i sensibilitzar els pacients per mitjà del foment d'hàbits saludables i canvis en l'estil de vida.

Registre i monitorització: enregistren dades clíniques que permeten monitoritzar els pacients i prendre decisions en qüestió d'aquestes dades enregistrades.

Ajuda al diagnòstic: funcionen com a suport al diagnòstic en algunes malalties, seguint protocols clínics o algorismes.

Seguiment de tractament: funcionen com a eina per fomentar l'adherència dels pacients als tractaments i alhora per tenir un seguiment de la seva realització per part del professional sanitari.

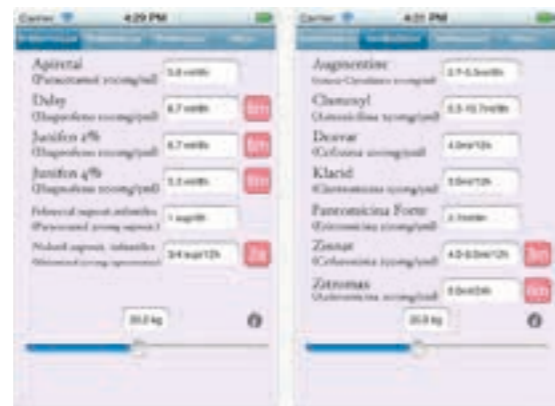
Gestió i utilitats: eines i utilitats d'ajuda en consulta i en altres aspectes, ja siguin assistencials o no assistencials.

Què demanen els usuaris de salut?

En aquest canvi d'època que suposa tota la digitalització de l'entorn, els usuaris de salut o pacients ja no es conformen a tenir el consell del seu professional de salut de confiança i la prescripció corresponent per millorar el seu estat de salut, ja que, a més, segons diversos estudis⁽⁵⁾, tres de cada quatre demanen prescripció de recursos digitals, com ara consells en adreces d'Internet de tota confiança i fiabilitat, blogs personals, recomanacions en xarxes socials i aplicacions mòbils amb què gestionar diversos aspectes de la seva salut. A més, també demanen que siguin els seus propis professionals de confiança els que gestionin aquests recursos o en



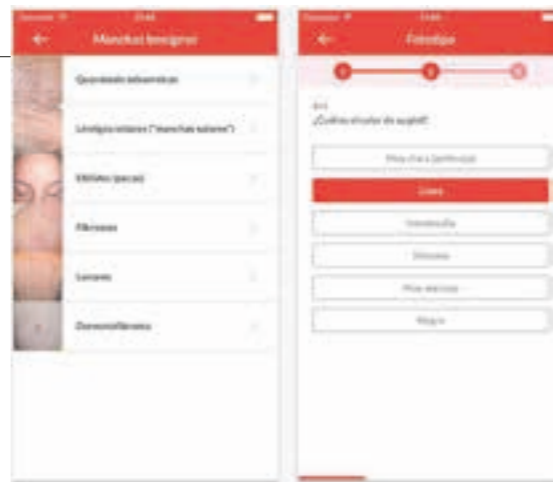
E. Guinscar



F. Babymecum



G. SocialDiabetes



I. Fotoskin



L. Medcalc

siguin propietaris.^(C)
 Per aquest motiu, fins i tot s'han creat eines perquè els professionals puguin recomanar i prescriure apps de salut en consulta, com, per exemple, Appdemecum⁽⁶⁾, un gran repositori d'apps de salut, introduïdes i recomanades per professionals de salut i filtrades per especialitats i necessitat dels pacients, tipus de dispositiu mòbil i per si són o no de pagament.^(D)

Una passejada per algunes apps d'interès

Guinscar^(E): es tracta d'una guia d'insuficiència cardíaca feta per professionals de salut de Lleida amb l'objectiu de resoldre dubtes que puguin tenir els pacients sobre la seva malaltia.

Babymecum^(F): aplicació molt senzilla i intuïtiva pel que fa al seu ús i que té l'objectiu de donar la dosificació dels fàrmacs més freqüents en pediatria d'una manera molt fàcil, només amb la simple modificació del pes del nen.

Social Diabetes^(G): aplicació que té com a objectiu ajudar tant el pacient com el professional de salut a portar un millor control de la seva patologia. Es tracta d'una eina que ha guanyat diversos premis per la seva facilitat d'ús i la gran gestió de la diabetis que realitza gràcies a la seva plataforma interna de comunicació entre pacients i professionals.

Dermomap^(H): fantàstica eina de consulta en patologia dermatològica per a professionals de salut. Guia visual i interactiva d'orientació en el diagnòstic en patologies de la pell.

Fotoskin^(I): aplicació per a usuaris de salut que té com a objectiu la prevenció i el diagnòstic precoç del càncer de pell, amb la possibilitat de registre d'imatges fotogràfiques de lesions dermatològiques per veure'n la seva evolució i poder consultar així amb el dermatòleg.

AlerHTA^(J): amb aquesta aplicació, els pacients poden portar un registre i una monitorització de les seves xifres de pressió arterial, així com de la medicació que prenen, per tenir-ne un control. D'aquesta manera poden controlar l'evolució de la seva malaltia i mostrar els registres al seu metge de confiança.

Medisafe^(K): aplicació amb la qual el pacient pot portar el control de la medicació que s'ha de prendre a cada moment amb un sistema d'alertes que recorda cada una de les preses pautades. De la mateixa manera l'aplicació pot anar lligada a rellotges intel·ligents perquè l'avis arribi directament a aquest dispositiu i també al telèfon mòbil.

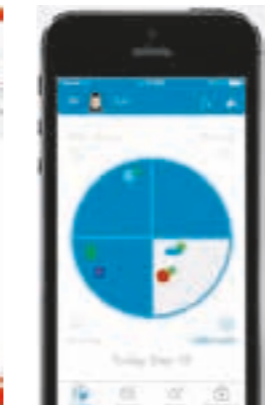
MedCalc^(L): aplicació que conté una gran base de dades de fórmules i càlculs útils per al dia a dia del professional de salut en els àmbits clínic i



H. Dermomap



J. AlerHTA



K. MediSafe

assistencial.
Universal Doctor^(M): magnífic traductor de símptomes, síndromes i altres termes a escala assistencial i

que té l'objectiu de reduir les barreres lingüístiques entre pacients i professionals de salut.

Figure 1^(N): aplicació que pretén fomentar la formació continuada a partir de la creació de casos clínics anònims en forma d'imatge perquè els professionals puguin donar la seva opinió quant a l'orientació diagnòstica i el tractament, amb possibilitat d'intercanviar opinions entre professionals. Hi ha una altra aplicació molt similar anomenada Insight Medi que funciona exactament igual. Es coneixen com els Instagram de la salut.

Guardmecum^(O): eina creada i dissenyada per a la gestió de grups, intercanvi de guàrdies i organització de torns de treball amb la simple creació de grups de treball i de forma molt senzilla.

Esporti Revolution^(P): adreçada a l'edat pediàtrica en forma de joc, vol fomentar la vida saludable i lluitar contra l'obesitat i el sedentarisme, acordant objectius entre el pediatre i el nen, que realitzarà l'exercici que se li ha marcat, de manera que pot compartir-lo amb els seus amics i sumar punts, ja que incorpora un component de gamificació molt interessant per aconseguir l'efecte d'adherència a l'app. Aquesta aplicació també té la seva versió per a adults anomenada EsportiMasters.

Dialisis24^(Q): aplicació dirigida a

Els usuaris de salut i els pacients estan perfectament adaptats a aquestes eines cada cop més habituals
 La pregunta és: ens hi adaptarem els professionals de la salut per respondre a les seves necessitats?

peùtica SEMFYC, Medscape, Vademecum, Medimecum... La gran majoria són eines informatives que tenen les seves versions escrites o en web, però que ara les podem portar a la butxaca al nostre dispositiu mòbil.

Els usuaris de salut i els pacients estan perfectament adaptats a aquestes eines, cada cop més habituals en el maneig de la nostra vida diària en tots els àmbits de la vida, però la pregunta és la següent: ens hi adaptarem els professionals de salut per tal de poder donar resposta a les seves necessitats? La resposta només pot ser una, i ha de ser afirmativa.

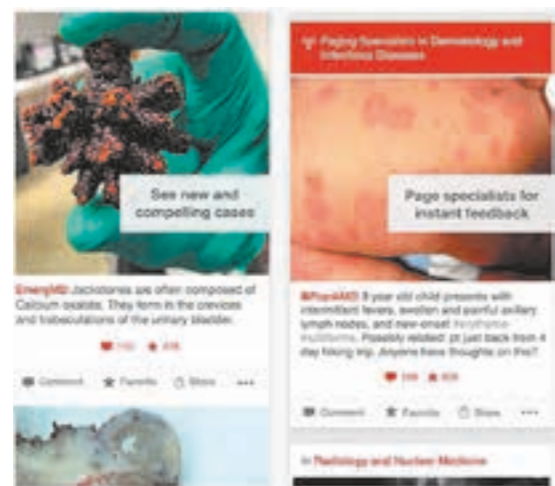
*Sergi Gòdia López
 Cap d'Àrea de Gestió
 Clínica. DAP Lleida*

BIBLIOGRAFIA

1. <http://madrid.theappdate.com/vinformeestadoapps/>
2. <http://madrid.theappdate.com/wp-content/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf>
3. http://www.patient-view.com/uploads/6/5/7/9/6579846/pv_appdirectory_final_web_300812.pdf
4. <http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo>
5. www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf
6. www.appdemecum.com



M. UniversalDoctor



N. Figure1



O. Guardmecum



P. EsportiRevolution



Q. Dialisis24

Premis a la Recerca

Mutual Médica

Els metges també som joves

Si ets metge i ets jove, Mutual Médica és la teva mutualitat. Perquè Mutual Médica també és jove. Una mutualitat de previsió social que treballa en exclusiva per al col·lectiu mèdic i que està compromesa amb el metge jove. Fes-te mutualista i gaudiràs d'aquests avantatges:

- Ajuts per a la teva informació.
- Assegurança gratuïta d'assistència en viatge durant un any.
- Accés als Premis a la Recerca.

Presenta ara el treball de recerca i fes realitat els teus somnis. Entra al nostre web i accedeix a les bases.



MutualMédica

la mutualitat dels metges