

BUTLLETÍ
mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 76 · Maig del 2009



**Infeccions pel nou
virus de la grip A**



«Fa uns mesos vaig tenir un accident amb el meu cotxe que va necessitar una reparació important. Sort que tenia contractada l'assegurança del cotxe amb la corredoria del Col·legi. De seguida em van oferir un cotxe de substitució gratuït i, a més, un assessor personal em va ajudar a tramitar el sinistre».

Dr. Òscar Cubells
Terrassa. 41 anys

El conduïm pel millor camí

MediMotor és l'assegurança que li ofereix una cobertura d'alt nivell en qualitat i prestacions: cobertures en millora contínua, assessorament especialitzat i el millor servei en cas de sinistre.

Demani el pressupost del seu vehicle al 902 113 667 o a les oficines del seu Col·legi. També ho pot fer a través del web www.med.es o via correu electrònic a medicorasse@med.es.



Informi-s'en al seu Col·legi
o trucant al telèfon
902 113 667
www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 76, maig del 2009
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
e-mail: comll@comll.es
<http://www.comll.es>
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep M. Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Manel Pons Juanati
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas
Oriol Yuguero Torres

Director: Joan Flores González
Edició a cura de: Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació: Baldo Corderroure
Fotografia: Arxiu COML
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL
Impressió: Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

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

Els fotollits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

Globalització, pandèmia i xenofòbia

Globalització és una paraula d'ús diari i col·loquial. Parlem de globalització econòmica, tecnològica, social... Malauradament, en els darrers mesos, globalització equival, en l'àmbit de la salut, a pandèmia. L'anomenada grip nova ha afectat més de 12.000 persones en quaranta països. Per aquest motiu, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha declarat la fase 5 d'alerta pandèmica.

Els diferents governs mundials han aplicat, durant les fases 2 i 3, mesures de planificació. Les mesures de resposta i de mitigació de la malaltia, adoptades a les fases 4 i 5, són: el control epidemiològic, la informació, les recomanacions higièniques i la prevenció per tal de minimitzar la grip nova i les seves conseqüències.

La promoció d'aquestes normes ajuda a reduir la difusió de la pandèmia. Tot i així, també és necessària la quimioprofilaxi dels pacients de risc i, per a la propera temporada, una vacuna per combatre la nova soca del virus gripal.

Els sectors ultraconservadors, sobretot dels Estats Units, s'han aprofitat d'aquesta pandèmia i han revifat la polèmica xenòfoba sobre el fenomen migratori i els seus efectes en les societats desenvolupades. Un cop més, aquestes actituds volen utilitzar la por —en aquest cas, la por al contagi— per enfortir-se i expandir-se.

Els governs han de controlar la salut de la població i evitar la caça de bruixes, que apareix sempre en èpoques de crisi i contra els més dèbils. Els professionals també hi podem aportar el nostre granet de sorra.

SUMARI

La implantació de la recepta electrònica a la Regió Sanitària de Lleida

Metges, farmacèutics i usuaris, els afectats pel nou sistema, presenten la seva visió sobre la prescripció electrònica al DEBAT. **17 |||**

Nutrigenòmica: una eina de futur per a la comunitat mèdica

Un especialista en nutrigenòmica presenta les claus del present i el futur d'aquesta disciplina a MEDICINA D'AVANTGUARDA. **27 |||**



CERTIFICAT MÈDIC DE DEFUNCIÓ

Un nou model per simplificar i millorar la qualitat del document

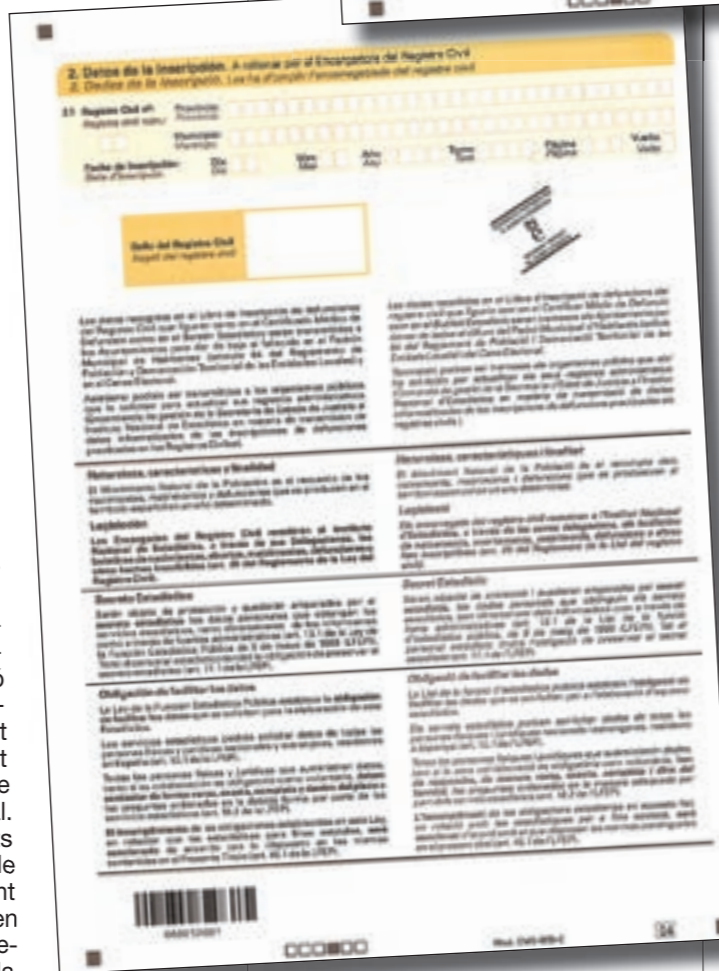
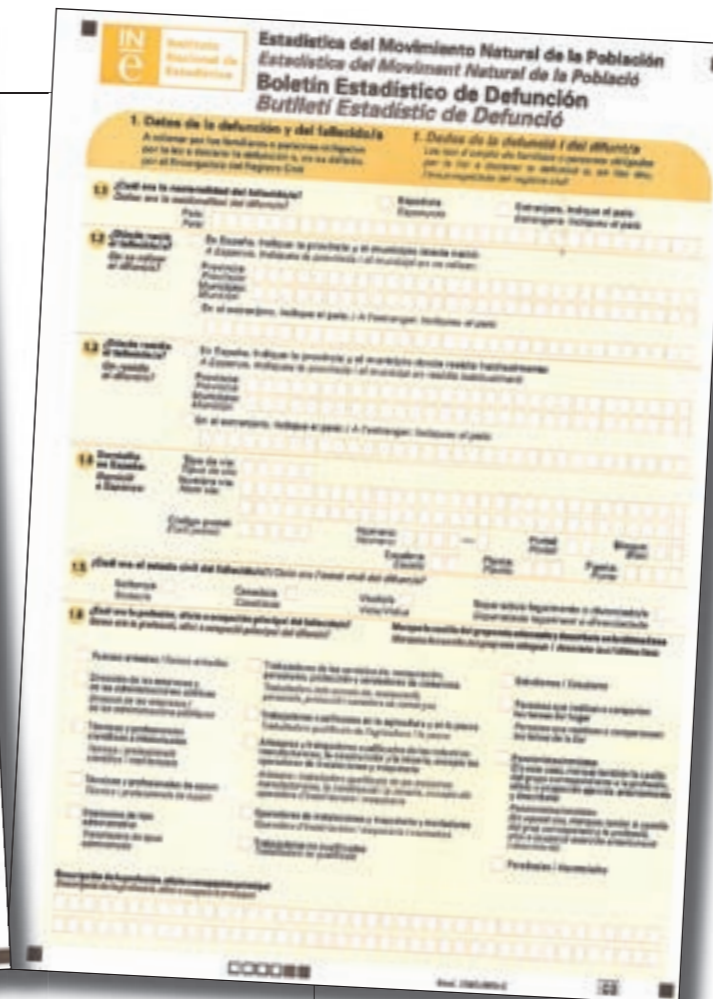
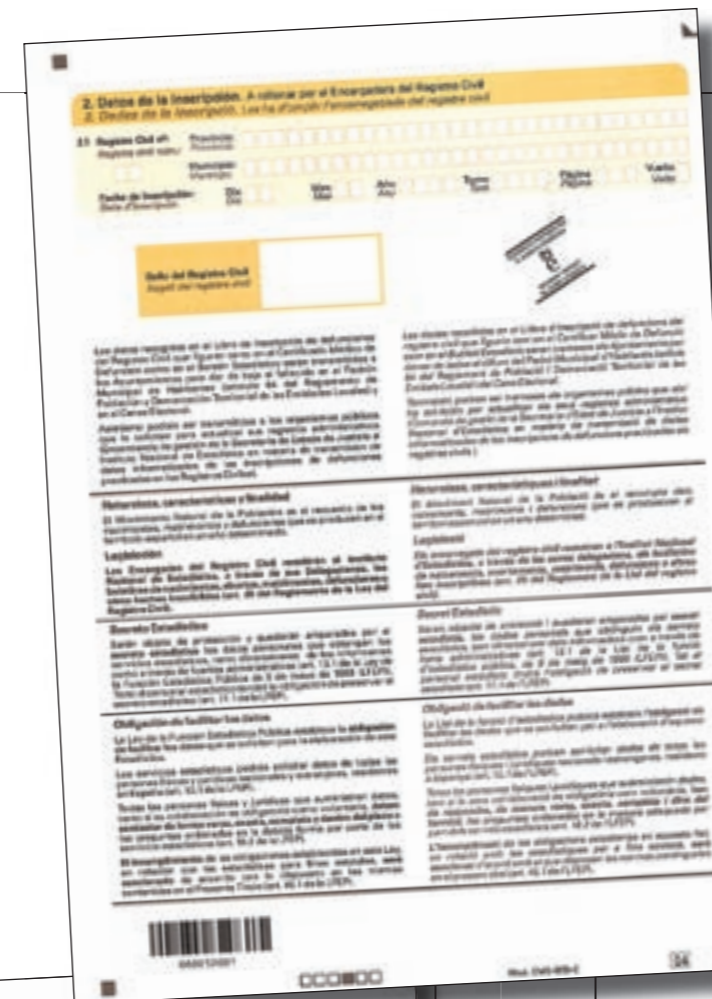
L'Institut Nacional d'Estadística (INE) i l'Organització Mèdica Col·legial han signat un conveni per posar en funcionament un nou model conjunt de certificat mèdic de defunció i butlletí estadístic de defunció. El nou model elimina l'actual doble tasca que realitzen els metges en aquesta matèria, ja que implanta un únic instrument que serveix per complir ambdues funcions. Així, el nou certificat mèdic de defunció integra en un sol document els impresos sanitaris (certificat mèdic de defunció - CMD) i els estadístics (butlletí estadístic de defunció - BED). Això suposa un avenç en la simplificació de tasques i en la millora de la qualitat.

El nou model conjunt és vigent per mort, aquest document permet inscriure la defunció en el Registre Civil, obtenir la llicència d'enterrament i procedir a la corresponent inhumació. En el nou document consten preguntes que el metge haurà de respondre, com la que demana si hi ha signes de violència. Convé recordar que, abans de signar-lo, s'ha d'explorar de manera completa el cos per comprovar la inexistència de signes de violència. Així mateix, s'ha de

Integra, en un sol document, els impresos sanitaris i els estadístics

a les instruccions de defunció que es produeixen en els registres civils des de l'1 de gener de 2009 i el CGCOM el distribueix a través dels col·legis de metges, tal com es feia fins ara amb el certificat mèdic de defunció. El Col·legi Oficial de Metges de Lleida distribuirà durant el mes de juny el nou model de CMD. El CMD és un document medicolegal de gran transcendència mèdica, jurídica i social. És un document elaborat i signat per un professional mèdic que dona constància d'un fet cert, perquè facilita informació sobre la mort d'una persona. Suposa el diagnòstic cert de la mort i les causes que l'han originat. Aquest document està destinat a la certificació de morts naturals, és a dir, les que són enteses com "arribades de dins" o endògenes, en contraposició amb les morts violentes "arribades de fora" o exògenes o les sospitoses de criminalitat. Quan es certifica una

tenir present que les morts violentes i sospitoses de criminalitat tenen caràcter judicial. El nou document també sol·licita informació sobre la possibilitat que la mort s'hagi derivat d'un accident de trànsit o laboral. Aquestes morts són sempre de caire violent, tant si es produeixen de manera immediata com diferida. La pregunta sobre si s'ha fet l'autòpsia es refereix a una autòpsia clínica i no a l'autòpsia judicial, ja que mai no se



signa un CMD davant d'una mort judicial. Quan el document pregunta el lloc de la mort, el CGCOM ha establert que

aquesta qüestió s'ha de respondre amb el nom del municipi on es firma el CMD, és a dir, el municipi on ha tingut lloc la mort i s'ha reconegut el cadàver. Quant a les causes de la mort, aquest document pretén millorar la qualitat en la certificació i, sobretot, en la seqüenciació de les causes de la mort en immediata, antecedents i causa inicial i fonamental de la defunció per adaptar-se a les recomanacions de l'OMS. El nou document fins i tot permet recollir altres malalties no relacionades directament amb la defunció. Per tant, l'emissió del nou CMD suposa un acte mèdic d'importants repercussions medicolegals que implica el reconeixement del cadàver, la valoració de la història clínica del pacient, l'obtenció d'informació dels familiars o l'entorn i l'establiment de la seqüència fisiopatològica que ha originat la mort. D'aquí es deriven, també, implicacions jurídiques ja explicades i de caire epidemiològic i sanitari, ja que s'obtidran dades de mortalitat que posteriorment seran utilitzades per decisions en matèria de política sanitària.

Dra. Rosa María Pérez Pérez
Presidenta COMLL

Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau
i dos diamants de talla princesa.

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.peretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

El COMLL modifica els estatuts per adaptar-los a la normativa vigent

El COMLL va celebrar el passat 30 de març una assemblea extraordinària per tal de tractar la proposta de modificació dels Estatuts del Col·legi. La finalitat era adaptar-los a la normativa actual vigent.

La Dra. Rosa Pérez, presidenta del Col·legi, va iniciar l'acte amb la justificació d'aquestes modificacions, trameses en temps i forma adequades a tots els col·legiats. Tot seguit, els canvis es van sotmetre a votació i es van aprovar per unanimitat.

A més, es va aprovar facultar la Junta de Govern del COMLL per dur a terme la inscripció de la modificació estatutària al Registre de Col·legis Professionals i, si s'escau, per esmenar defectes formals per tal de formalitzar legalment la inscripció.

Assemblea ordinària

El COMLL va celebrar el mateix 30

de març l'assemblea ordinària dels col·legiats. En primer lloc, es va aprovar l'acta de l'assemblea de l'any anterior i es va fer un minut de silenci en record dels companys traspassats.

Tot seguit, la Dra. Rosa Maria Pérez i el Dr. Carles Querol, presidenta i secretari del col·legi, van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats. Ambdós documents van ser aprovats pels assistents.

Es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les següents propostes:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici 2008.
2. Aprovació del pressupost de 2009.

El tresorer, Dr. Josep Pifarré, va informar els assistents sobre el contingut dels documents anteriors, després de lliurar-los una còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària de

Pressupost COMLL 2009

INGRESSOS	
Venda d'impresos	33.320,00
Subvencions	2.000,00
Altres ingressos de gestió	570.179,04
Ingressos financers	20.235,37
Beneficis/ingressos excepcionals	1.000,00
Total ingressos	626.734,41
DESPESES	
Adquisició d'impresos	8.100,00
Variacions d'existències	2.000,00
Serveis exteriors	311.534,41
Tributs	37.300,00
Despeses de personal	257.000,00
Dotació amortitzacions	10.800,00
Total despeses	626.734,41

2008, així com del projecte de pressupost per a 2009.

3. Pel que fa a les seccions col·legials actualment en funcionament, es van tractar els assumptes següents:

· Aprovació de la liquidació del pressupost de 2008.

· Aprovació del pressupost de l'any 2009.

4. Es va aprovar de forma definitiva la Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball en haver realitzat els tràmits necessaris segons el mandat estatutari i el reglament marc de les seccions col·legials.

5. Revisió de les quotes col·legials:

· Pel que fa a les quotes col·legials, es va aprovar l'increment de la quota del Col·legi de Metges, que va quedar fixada en una quantia de 60,00 euros per col·legiat i trimestre. Aquesta nova quota entrarà en vigor a partir de l'1 de gener de 2010.

· Pel que fa a les quotes per a societats professionals, es van aprovar les següents quanties:

- a) Quota d'inscripció: 100 euros.
- b) Quota de manteniment: 56,94 euros/trimestre.

A continuació, es va procedir al lliurament del diploma i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics en la darrera assemblea. Són els següents: José A. Martínez Rodríguez, José Estadella Ibars, Juan Yeste del Olmo, Ramon Torres Palou, José Santamaria Oller, José Masip Meseguer, Fernando Iturbe Pardos, Julia Asenjo García, Hugo Palma Oquendo, Anton R. Gomá Brufau i M. Ángeles García Salas.

Finalment, es va lliurar el VII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'ONG Alpicat Solidari pel seu projecte d'una instal·lació fotovoltaica per al subministrament d'energia a l'Hospital de Baja Kunda (Gàmbia).

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries celebrades entre el 17 de març i el 5 de maig de 2009, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes:

· S'han programat per a finals d'abril i principis de maig tres conferències sobre responsabilitat professional, que organitzarà l'empresa Assistència Jurídica Permanent, amb els títols: "La responsabilitat penal dels metges i la responsabilitat penal sanitària", "La responsabilitat civil del metge" i "Com actuar quan el metge és objecte d'una reclamació judicial".

· S'ha encomanat a l'empresa Inter Digital una auditoria tècnica de la pàgina web col·legial per tenir elements de judici per a la seva millora.

· S'han celebrat eleccions al Consell General de Col·legis de Metges. Han resultat elegits el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, per al càrrec de president; el Dr. Jerónimo A. Fernández Torrente, com a vicesecretari, i el Dr. José María Rodríguez Vicente, per al càrrec de tresorer.

· Fundació Galatea (PAIMM). S'ha proposat la Dra. Lourdes Villarte Farré com a representant del Col·legi en el grup assessor de prevenció de riscos laborals.

· S'ha incorporat com a soci de Healthsign S.L., empresa de la qual el COMLL és soci fundador, el Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida, que s'ha adherit al mateix projecte de signatura electrònica.

· S'ha aprovat un document amb els criteris de distribució d'informació d'activitats formatives per part del Col·legi (vegeu infor-

mació en aquest mateix Butlletí).

· S'ha procedit a inscriure davant el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya les modificacions dels Estatuts del Col·legi de Metges de Lleida aprovades en l'assemblea extraordinària de col·legiats de 30 de març de 2009.

· S'ha nomenat Rosa Maria Pérez Pérez representant del Consell Tècnic de Medicina en el ple del Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries.

· S'ha signat el conveni de col·laboració entre la Biblioteca de Catalunya i el Col·legi per al projecte PADICAT, que impulsa aquesta biblioteca per a la preservació del patrimoni digital de Catalunya. Es tracta d'un projecte per recopilar pàgines web i fer-les visibles posteriorment, tant les actuals com les que ja no estan en funcionament.

· S'ha efectuat una redistribució de la tresoreria col·legial per tal de minimitzar els riscos financers davant les entitats bancàries.

· S'ha contractat, per un període de dos mesos, coincidint amb la campanya de les declaracions de la Renda, la Sra. Maria Caballé Alegret en la categoria d'auxiliar administrativa.

Moviment de col·legiats

ALTES

Mes: Març

Josep Montserrat Capdevila (4345), Dina Najjari Jamal (4230), Iñigo María Lorente Doria (4346), Ana Carolina Rivas Prantte (4347), Francisco José Iturbe Recasens (3775), Ramon Jesús Capdevila Bert (2977), Juan Fernando Granados Ricaurte (4348), Claudia Reyes Espinosa Castillo (4349), Luis Gómez Quiles (2698)

Mes: Abril

Oana Adriana Nicolau (4350), Juan Martín Fernández (4351), Pilar Riu Villanueva (4352), Herminia Navarro Castany (4353), Beatriz Obón Castel (4354), Elvira Mestres Betbese (4355), Nuria Campa Falcón (4356), Marta Gracia Toledo (4357)

BAIXES

Març: 2. Abril: 5

Entre aquestes baixes figuren les del Dr. Vicente Armengol Gonzalez i Dr. Josep Solans Serentill, que ho han estat per defunció.

Total col·legiats a 30-04-2009: 1.647

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics el Dr. Anton Robert Gomá Brufau (1596) i la Dra. M. Ángeles García Salas (3777)

Nou sistema de difusió de la informació del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

El COMLL té, entre les seves finalitats com a eina de comunicació, la de donar a conèixer i divulgar entre els seus col·legiats totes aquelles activitats formatives o d'interès general que es realitzin en el nostre territori i es portin a terme per part dels nostres membres en l'àmbit local, autonòmic o nacional.

Aquesta informació ha de ser remesa al COMLL pels mateixos col·legiats participants, organitzadors o promotors de l'activitat, i des del Col·legi se'n realitzarà la difusió més generalitzada. Perquè tothom se'n pugui beneficiar i perquè sigui de coneixement general, la Junta de Govern ha decidit modificar el sistema de sol·licitud de propaganda i distribució de la informació i donar a conèixer els diferents mètodes de dis-

tribució i els tràmits necessaris.

Cada peticionari de distribució d'informació ha de fer arribar a la Secretaria del COMLL una sol·licitud correctament emplenada i el document o documents necessaris per a la distribució. Seguidament, se li facilitarà el càlcul del cost econòmic de la seva sol·licitud, en funció dels diferents mecanismes escollits.

La distribució pot ser mitjançant:

1. Correu electrònic

Mitjançant correu electrònic, s'envia a tots els col·legiats o als col·legiats indicats l'enllaç, situat a la pàgina web del COMLL, des del qual es pot accedir a la informació de l'acte.

2. Correu ordinari

Es realitza un enviament als col·legiats

indicats mitjançant correu ordinari, en tres possibles modalitats, en funció del temps fins a la realització de l'acte o la petició explícita del sol·licitant:

- a. Encartat conjuntament amb la revista del COMLL (periodicitat aproximadament trimestral).
- b. Encartat conjuntament amb alguna de les circulars del COMLL (periodicitat aproximadament mensual).
- c. Encartat específic per a l'acte.

3. Presència a la pàgina web. Inclusió a la pàgina web, a la zona de Formació Continuada —en la secció adient per a cada acte, Cursos, Congressos o altres— i a l'Agenda Col·legial (el calendari de la pàgina inicial).

El cost econòmic derivat de cada sol·licitud anirà a càrrec del col·legiat peticionari.

Sempre es podrà sol·licitar un sistema de tramesa diferent o característiques especials. En aquest cas, la sol·licitud serà derivada a la Junta de Govern, que serà qui decidirà si la nova opció és viable i hi donarà el vistiplau si ho considera adient.

Si la sol·licitud és considerada estàndard i compleix tots els requisits, es podrà acceptar directament des de la Secretaria del COMLL, sense necessitat de passar per la Junta de Govern, per agilitar-ne el tràmit.

Aquest escrit serveix per donar a conèixer als col·legiats el nou sistema de sol·licitud perquè tothom hi pugui accedir.

Per resoldre qualsevol dubte, us podeu posar en contacte amb la Secretaria del COMLL, que us n'informarà convenientment.

Junta de Govern del COMLL

Jornada Psicologia i VIH/sida a Barcelona

Els aspectes psicològics del VIH i la sida centraran una de les jornades del XLIII Congrés de la Societat Espanyola de Medicina Psicosomàtica (SEMP), que tindrà lloc els dies 11, 12 i 13 de juny a Barcelona. La sessió, que se celebrarà el dia 11 a partir de les 9.15 hores a l'Hotel Barcelona Sants, compta amb la col·laboració del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Albert Giménez, director del Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida del Departament de Salut, presentarà la jornada. Tot seguit, tindrà lloc la ponència inaugural sobre l'estat actual de la infecció per VIH, a càrrec del Dr. Carlos Mur, de la Fundació Jiménez Díaz de Madrid.

La primera taula rodona, *La repercussió del diagnòstic en el pacient i en l'entorn*, començarà a les 10.00 hores. L'exposició constarà de tres ponències: "L'afrontament en el procés de la infecció", a càrrec d'Antonio Alcántara, de l'Hospital Santa Maria i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; "L'entorn del malalt de VIH: els altres afectats", de Maria José Ferrer, de l'Hospital Trias i Pujol de Barcelona, i "Adolescents i joves afectats pel VIH", a càrrec de Silvina Magnani, d'ACTUA. BCN.

Una segona taula serà *Problemes emergents associats a la sida*. Constarà, també, de tres exposicions: una sobre neuropsicologia, pronunciada per Anna Prat, de l'Hospital Trias i Pujol; "L'adherència al tractament", de Carmina Fumaz, del mateix centre, i "Aspectes psiquiàtrics de la infecció", presentada pel Dr. J. Blanch, de l'Hospital Clínic de Barcelona.

La jornada finalitzarà amb dos tallers sobre intervenció terapèutica. El primer serà *Intervencions terapèutiques en pacients amb el VIH*, i el segon, *Deshabitució tabàquica*.

Jaume Capdevila, nou director mèdic de l'Hospital de Santa Maria

El Dr. Jaume Capdevila és el nou director mèdic de l'Hospital de Santa Maria des del passat 14 d'abril. Capdevila, que va ocupar el mateix càrrec a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) fins al setembre de l'any passat, substitueix Marcos Serrano en la direcció.

Capdevila va ser gerent de l'HUAV des de finals del 2002 fins al març del 2004, quan va ser designat adjunt de la nova gerència. A principis del 2005, va ocupar la direcció mèdica de l'hospital, que va deixar al setembre del 2008 per ocupar-se de l'assistèn-



cia especialitzada extrahospitalària de Lleida. Anteriorment, en el seu pas per l'Hospital Arnau de Vilanova, Capdevila va ser responsable de la xarxa d'Atenció Primària de Lleida.

L'IRBLleida inicia un estudi pioner a l'Estat sobre la funció dels vasos sanguinis

UDETMA, el grup de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) que investiga en prevenció de les malalties aterotrombòtiques, inicia un estudi pioner a l'Estat sobre la funció dels vasos sanguinis en persones sanes amb sobrepès. UDETMA, que és l'únic centre investigador d'Espanya en aquest àmbit, realitza l'estudi conjuntament amb la Universitat d'Utrecht (Holanda). De la dotzena d'investigadors participants, 8 d'ells provenen del centre universitari holandès.

L'objectiu de l'estudi és conèixer millor la funció de les artèries de pacients amb sobrepès utilitzant una tècnica no dolorosa i avaluant l'impacte de diferents medicaments que redueixen les concentracions de colesterol. UDETMA ha sol·licitat la participació de persones sanes amb sobrepès, que tinguin entre 18 i 79 anys. Els voluntaris s'hauran de realitzar proves en cinc ocasions a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova al llarg dels sis mesos de durada de l'estudi, que ha estat aprovat pel comitè d'ètica del centre hospitalari.

Les malalties aterotrombòtiques són la primera causa de mortalitat al nostre país. S'inclouen en aquest grup l'infart, l'embòlia i les malalties circulatòries de les cames, i és de gran importància fer estudis i insistir en els aspectes preventius.

IRBLleida
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

Estudi de la funció dels vasos sanguinis

Es necessiten persones sanes amb sobrepès

L'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBL) desenvolupa un estudi de la funció dels vasos sanguinis i necessita la col·laboració de persones sanes amb sobrepès.

Per participar-hi, cal reunir les següents condicions:

- Tenir entre 18 i 79 anys d'edat
- Mesurar més de 102 cm de circumferència abdominal (homes) i 88 cm (dones)
- No fumar
- No prendre cap medicament per reduir la pressió arterial o el colesterol
- No patir diabetis ni cap malaltia cardiovascular

Les persones que participin en l'estudi hauran de visitar-se cinc vegades a l'IRBL durant els cinc mesos de durada de l'estudi i rebre un tractament per reduir el colesterol.

Aquestes persones també rebiran 50 € per cada visita i una compensació per les despeses de desplaçament.

L'estudi és voluntari i l'ha aprovat el Comitè d'Ètica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Informació i inscripcions: Unitat de Diagnòstic i Tractament de Malalties Aterotrombòtiques (UDETMA)
Tel. 618 012 637. C/ie. info@udetma.com

Metges i docents debaten a Lleida el futur de la Medicina Familiar i Comunitària dins la universitat

Un total de 52 metges de família, residents i estudiants de medicina van participar el dia 26 de març en la jornada "Una v/bella novetat... de la societat a la universitat", organitzada per la vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) i la Universitat de Lleida (UdL). La jornada, que va tenir lloc a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la UdL, va tractar sobre la novetat que suposarà la inclusió de la Medicina Familiar i Comunitària en el programa d'estudis de les facultats de medicina, una antiga aspiració de tot el col·lectiu de metges de família (d'aquí el joc de lletres del títol, "bella/vella").

La vicerectora de Recerca de la UdL, Dra. Ana Pelacho; la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa Maria Pérez; la presidenta de la CAMFIC, Dra. Dolors Forés, i el gerent dels serveis territorials de Salut a Lleida, Dr. Sebastià Barranco, van inaugurar la jornada. Els objectius de la trobada eren tres: denunciar la poca presència de la Medicina de Família a les universitats catalanes, reivindicar que els nous plans d'estudis acabin amb aquest greuge i donar a conèixer l'especialitat als estudiants de medicina. Precisament, un vídeo projectat durant la jornada i elaborat a partir d'entrevistes realitzades a estudiants de



la UdL va palesar la poca informació que reben els futurs metges sobre l'especialitat durant la carrera. No obstant això, més del 40% dels llicenciats de medicina acaben exercint en l'àmbit de l'Atenció Primària.

La trobada va constar de dues taules rodones. La primera, moderada pel cap de secció de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Josep

Manel Casanova, va comptar amb la participació del degà de la Facultat de Medicina de la UdL, Joan Ribera, que va exposar els canvis en el pla d'estudis del centre. També hi van prendre part Eduard Peñasca, metge de família i professor associat de la facultat, que va analitzar la bona situació de l'especialitat a la resta d'Europa, i Oriol Yuguero, regidor de l'Ajuntament de Lleida, llicenciat en Medicina i futur metge resident de família, que va exposar les raons que l'han dut a escollir aquesta especialitat.

La segona taula de la jornada, moderada pel vicepresident del COMLL, Ramon Mur, va comptar amb la presència del cap de servei de Digestiu de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Josep Maria Reñé, que fa 25 anys que forma metges de família. També hi van prendre part la metgessa de família i responsable de la Unitat de Recerca d'Atenció Primària, Dra. Inés Cruz, que va destacar la dificultat que suposa la investigació fora de l'atenció hospitalària, i Manuel Sarmiento, resident de quart any a Medicina Familiar.

L'acte de cloenda va anar a càrrec del vicepresident de la CAMFIC, Josep Maria Sagrera, que va destacar el gran pes de la Medicina de Família en el nou pla d'estudis de la Facultat de Medicina de Lleida, i de Jorge Soler, metge de família.

Tercera promoció de l'AulaMIR del COMLL, la que obté millors resultats

Els alumnes de la tercera promoció de l'AulaMIR del Col·legi Oficial de Metges (COMLL) han obtingut la millor posició de les tres edicions del curs, la número 55, en l'examen que va tenir lloc al gener. A més, la tercera promoció ha estat la més nombrosa, amb 17 alumnes matriculats, la majoria dels quals han obtingut plaça.

Aquests resultats positius ens ajuden a validar el nostre mètode. Ens confirmen que el nostre material és tan bo o millor que el de la resta i que, acadèmicament parlant, els nostres alumnes tenen les mateixes —i, fins i tot, millors— opcions que els altres aspirants a l'examen MIR.

La majoria dels alumnes d'aquesta promoció han estat estudiants de sisè de Medicina, tot i que d'altres han treballat en l'àmbit mèdic o fora d'aquest. Aquesta diversitat de situacions personals i laborals ens ha obligat a personalitzar el calendari d'estudi i el curs i adequar-los a les necessitats del grup per obtenir-ne el màxim rendiment.

La promoció 2007-2008 ha estat un grup amb grans qualitats humanes i que ha realitzat un gran esforç comú. Els alumnes han treballat de manera cohesionada, amb molta companyonia i sense crear un ambient competitiu, que es dona amb molta freqüència en altres sistemes de preparació del MIR.

Els punts forts del nostre curs continuen sent, en la tercera edició, la proximitat i adaptabilitat a les diferents situacions de cada alumne, que poden ser decisives a l'hora de realitzar l'examen. La proximitat és física —les classes es fan al mateix COMLL, fet que evita el trasbals del desplaçament a altres ciutats— i personal, ja que tots els professors són residents i adjunts dels nostres centres, fet que suposa que el contacte directe amb els alumnes creï un bon flux bidireccional d'informació i dubtes. L'adap-

tabilitat suposa un valor afegit pel que fa al tracte personalitzat. El MIR es pot preparar de moltes maneres diferents i l'aula adapta el curs a totes les situacions que es presenten: laborals, personals i econòmiques.

Així mateix, cal destacar que el fet que es realitzi el curs MIR a la nostra ciutat fa que molts alumnes es quedin aquí a fer la seva especialitat. Això ens garanteix que formem nous especialistes amb grans qualitats humanes i que, amb molta probabilitat, exerciran en els nostres centres.

Finalment, felicito públicament tots els nostres alumnes pels resultats que han obtingut; els professors, per la seva dedicació altruista a les classes; tot el personal del COMLL, per comprendre que el curs de preparació del MIR és un servei més per als nostres col·legiats, i la secretaria del curs —inicialment en mans de Núria Méndez i actualment a càrrec de Miryam Paredes— per la tasca que duen a terme, ja que són un puntal d'optimisme i energia per als nostres alumnes, un valor personal que difícilment es pot trobar en altres sistemes de preparació del MIR.

Ricard López
Coordinador d'AulaMIR Lleida

Lleida celebra la VII Jornada d'Immunitzacions d'Atenció Primària

El Departament de Salut i la direcció d'Atenció Primària de l'ICS van organitzar, el 27 de març, la VII Jornada d'Immunitzacions d'Atenció Primària amb el lema *Nous plantejaments, noves pautes*. Els objectius de la sessió, que va tenir lloc al Campus de Capponet de la Universitat de Lleida, eren donar a conèixer novetats sobre vacunes, compartir protocols de treball i implementar coneixements específics.

La Dra. Carme Batalla, membre del Grup de Prevenció de Malalties Infeccioses del PAPPS, que gestiona la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (SemFYC), va presentar el protocol *Vacunació del personal sanitari i mesures bàsiques de prevenció en el medi laboral*. Aquest document destaca el doble paper que té la vacunació dels professionals sanitaris: d'una banda, en la protecció del professional davant diferents riscos d'infecció i, de l'altra, per evitar que actuï com a transmissor d'infeccions entre els usuaris. Batalla va alertar de les baixes cobertures vacunals del personal sanitari, sobretot en la vacunació antigripal.

El cap d'Epidemiologia del Departament de Salut a Lleida, Dr. Pere Godoy, va recordar la importància del diagnòstic precoç de la tosferina i de l'efectivitat que tindria el recordatori vacunal de la malaltia. Per la seva part, el cap de secció de Malalties Infeccioses del Departament de Salut, Dr. Lluís Urbiztondo, va destacar els bons resultats de la recent implantació de la vacuna contra el virus del papil·loma humà en el calendari sistemàtic.

L'evolució de les vacunes antigripals va centrar el discurs del cap de servei de Medicina Preventiva del Departament de Salut, el Dr. Joan Batalla. Batalla, que va apuntar les millores que ha suposat la introducció de les vacunes de subunitats adjuvades, que són més segures, menys reactògenes i confereixen més immunitat. Va afegir, a més, que amb la recent aparició de vacunes antigripals de cultiu cel·lular, es podran incorporar probablement

Tètanus - diftèria	Tot el personal
Grip	Pauta habitual
Hepatitis B	
Varicel·la	En determinades condicions
Triple vírica	
Hepatitis A	

grups de risc nous, com nens i joves. Aquest fet permetrà l'abordatge d'una vacunació més poblacional i, teòricament, tallar la transmissió d'aquest virus a la població adulta.

La responsable del grup de vacunes de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (Camfic), la Dra. M. Lluïsa Morató, va presentar els possibles canvis en les recomanacions de dosis de record de la vacuna antitetànica i antidiftèrica per a adults. L'OMS recomana, des del 2006, una cinquena dosi dels 11 als 15-17 anys, després de la primovacunació infantil, i un recordatori a l'edat adulta (sisena dosi), que permetrà garantir protecció per a tota la vida.

La catedràtica de Medicina Preventiva i Salut Pública de la Universitat de Barcelona, Dra. Àngela Domínguez, va incidir en la importància de la vacunació contra la protiditis de tots els nascuts abans del 1966, que no tenen certificació d'haver patit la malaltia o d'haver rebut dues dosis de vacuna per tal d'eliminar la malaltia. D'altra banda, Montse Figuerola, de l'ABS Poble de Segur, va parlar sobre el tipus d'agulla que cal utilitzar en la vacunació, en funció de la mida del múscul, de la tècnica i del tipus de vacuna.

També van participar en la jornada el metge d'empresa del Grupo Mahou-San Miguel, Dr. Gaspar Miralbés, que va recordar l'obligació de les empreses de protegir la salut dels treballadors, així com la possibilitat de prevenir



l'evolució de malalties infeccioses cap a cròniques, i el Dr. Javier Traver, de Laboratoris Esteve, que va remarcar la importància d'evitar la congelació de les dosis vacunals.

Pepi Estany Almirall
Comitè Organitzador

A dalt, Gerard Ferrer, gerent territorial de l'ICS a Lleida; Joan Viñas, rector de la Universitat de Lleida, i Sebastià Barranco, gerent dels Serveis Territorials de Salut a Lleida.

Al mig, diferents ponents. A sota, assistents a l'acte.

IV JORNADA DE TABAQUISME DE L'HOSPITAL DE SANTA MARIA

Entre un 50 i un 60% de les morts per càncer s'associen al consum tabàquic

La Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria va organitzar la IV Jornada de Tabaquisme, el passat 15 de maig, amb l'objectiu d'aplegar tots els professionals de Catalunya implicats en l'abordatge d'aquest hàbit. El tema escollit enguany va ser els nous avenços en les patologies derivades del consum de tabac.

Les ponències de la jornada van abastar diferents vessants del tema. En la primera taula, el Dr. Xavier Galindo, cap del servei d'Otorinolaringologia de l'Hospital de Santa Maria, va insistir en la importància de l'abstinència un cop superada l'addicció. El Dr. Jacint Cabau, del mateix centre hospitalari, va detallar les noves investigacions sobre els aspectes cardiovasculars del tabaquisme.

La Dra. Cristina Pinet, psiquiatra de l'Hospital de Sant Pau, va participar en la segona taula de la jornada amb una intervenció sobre el consum de tabac en els pacients mentals. Segons la Dra. Pinet, aquests malalts presenten una prevalença del 50%, mentre que en la població normal és del 29%. La Dra. Victòria García, del servei d'Oncologia Radioteràpica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va explicar que

entre un 50 i un 60% de les persones que moren per càncer s'associen al consum tabàquic. Per la seva part, el Dr. Leopoldo Sánchez Agudo, cap del servei de Pneumologia de l'Hospital Carlos III de Madrid i medalla d'or de l'Organització Mundial de la Salut al mèrit per la seva activitat contra el tabac, va exposar els nous avenços en l'afecció d'aquest producte sobre l'activitat pulmonar.

La indústria del tabac va centrar l'exposició del Dr. Rodrigo Córdoba, metge d'atenció primària, professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i responsable de premsa del Comitè Nacional de Prevenció contra el Tabaquisme (CNPT). Rodrigo va exposar com aquesta indústria respon als nous avenços científics amb diverses estratègies que relativitzen la gravetat del consum de tabac. En són exemples les cigarretes amb filtre, que van aparèixer als anys 60, quan es va conèixer la nocivitat del tabac, o les cigarretes *light*, amb què es proposava una suposada manera de consumir de manera segura. Finalment, el Dr. Antoni Baena va cloure la jornada amb l'abordatge del paper de les noves tecnologies en el tractament del tabaquisme.



Ponents de la IV Jornada de Tabaquisme

El COMLL constitueix la Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha constituït, en l'assemblea del 30 de març, la nova Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball. La finalitat d'aquesta secció és la defensa dels interessos professionals dels metges que practiquen aquesta especialitat en l'àmbit territorial del COMLL, d'acord amb els

estatuts col·legials, el Codi de Deontologia Mèdica i la legislació vigent. La nova secció comptarà amb una assemblea general i una junta de govern formada pel president, el secretari, el tresorer i entre dos i cinc vocals. El COMLL celebrarà eleccions per cobrir aquests càrrecs de la junta el dia 4 de juny.

Un arquitecte argentí guanya la IV edició del Concurs d'Humor Gràfic i Salut

Adrián Aníbal Palmas, caricaturista i arquitecte argentí, és el guanyador del IV Concurs d'Humor Gràfic i Salut, que organitza, de manera bianual, la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) en col·laboració amb Humoràlia. Gairebé 300 il·lustracions de dibuixants de 50 països de tot el món, com ara la Xina, l'Iran, Singapur o l'Azerbaidjan, han participat en l'última edició del certamen, que s'ha dedicat als trastorns de la conducta alimentària i que ha batut el rècord de participants.

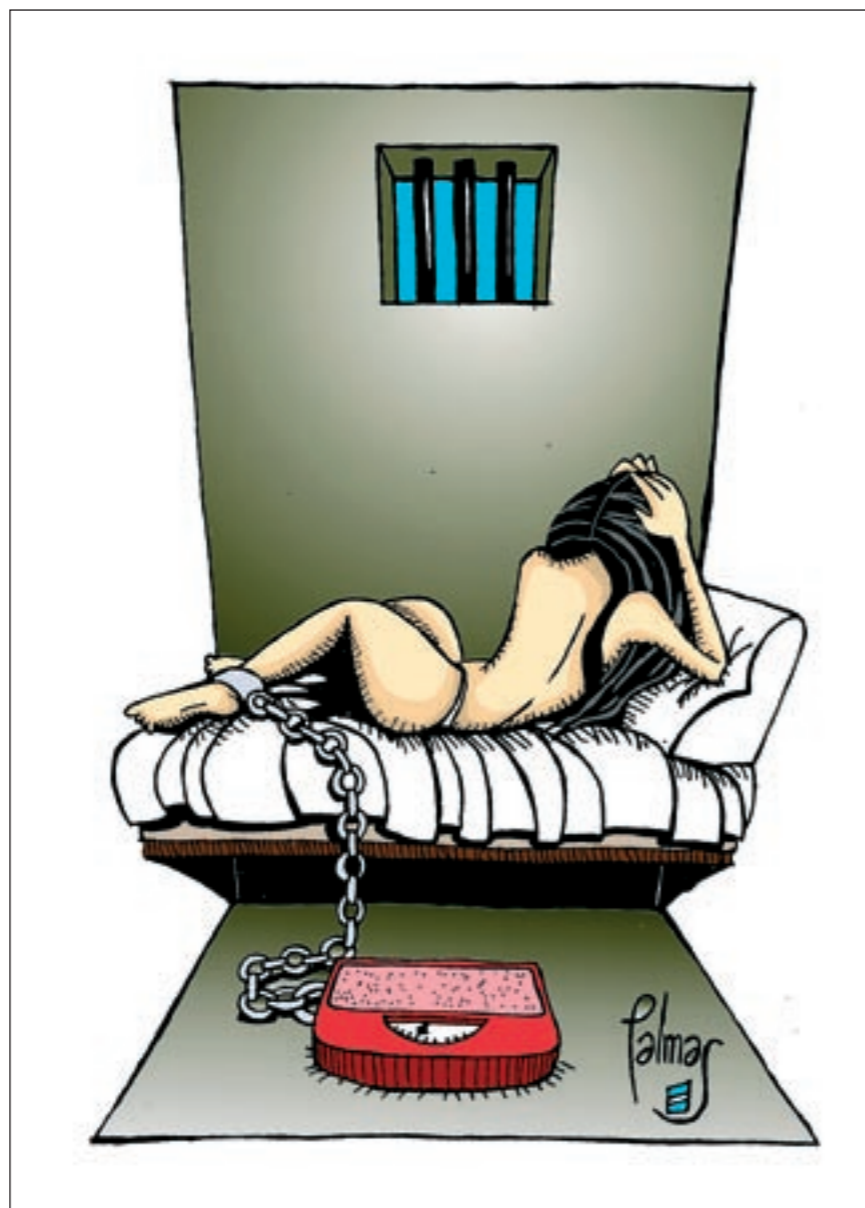
El guanyador del primer premi, que consisteix en 1.000 euros i patrocina l'Hospital Montserrat, planteja l'esclavitud que pateix la dona amb la bàscula. El seu autor, Adrián Aníbal Palmas, col·labora en diferents publicacions de l'Argentina i en pàgines web relacionades amb l'humor gràfic. Recentment, ha estat guardonat amb el segon premi del Concurs Internacional de Molla Nasreddin, a l'Azerbaidjan.

El segon premi del certamen, valorat en 500 euros i patrocinat per Adeslas, ha estat per al dibuixant israelià Kfir Weizman. Il·lustradors d'Espanya, el Canadà i Holanda s'han endut els accessits.

Obres finalistes

Les cinquanta obres finalistes del concurs s'exposaran, durant la segona quinzena del mes de maig, a la Facultat de Medicina de la UdL. A més, els organitzadors també editaran un catàleg que recollirà aquestes vinyetes.

El jurat del certamen ha estat format per la psicòloga Gina Badia, l'humorista gràfic Ermengol Tolsà, la professora de Biologia Cel·lular de la UdL Dolors Ciutat i el coordinador de Cultura de la Facultat de Medicina de la UdL, Francesc Abella.



Obra guanyadora, d'Adrián Aníbal Palmas (Argentina)



Segon premi, de Kfir Weizman (Israel)

INFECCIONS PEL NOU VIRUS DE LA GRIP A(H1N1)

Antecedents, situació i recomanacions*

* Per poder tenir les darreres recomanacions, consulteu el web del Departament de Salut: <http://www.gencat.cat/salut/>

Durant el mes d'abril de 2009 es va detectar, a Califòrnia, una nova soca de grip A(H1N1) procedent del reagrupament d'una soca de grip A(H1N1) porcina americana, una soca de grip A(H1N1) aviar americana, una soca de grip A(H3N2) humana i una soca de grip A(H1N1) porcina eurasiàtica amb capacitat de transmissió interhumana i producció de brots comunitaris. L'objectiu d'aquest article és revisar els antecedents epidemiològics recents, la situació actual i les recomanacions davant l'eventual detecció de casos.

Antecedents

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), després de la notificació de casos confirmats de grip A(H1N1) d'origen porcí per part de Mèxic i els Estats Units, va decidir, el 25 d'abril, qualificar aquest brot de grip com una emergència de salut pública d'importància internacional i el va reconèixer com una pandèmia potencial en fase 3. Posteriorment, aquest nivell d'alerta pandèmica va passar a fase 4, el 27 d'abril, després que es verificà una transmissió interhumana amb capacitat de causar brots, i a fase 5, el 29 d'abril, en constatar la difusió interhumana del virus com a mínim en dos països d'una regió de l'OMS.

A Espanya, el Centre de Coordinació d'Alertes i Emergències del Ministeri de Sanitat i Política Social (MSPS) va alertar, el 24 d'abril, les comunitats d'aquest fet. A Catalunya, es va alertar el sistema sanitari i el Sistema d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC) i els primers casos ja es van detectar el 25 d'abril. Aquests primers casos presentaven antecedents de viatge a Mèxic i complien la definició de cas.

Situació actual

El nombre de casos notificats va anar augmentant els propers dies i, amb data 23 de maig, s'han detectat 126 casos confirmats a l'Estat espanyol. L'edat mitjana dels 113 casos ha estat de 23,1 anys (D.E., 7,9), mitjana 22 anys amb un rang de 2 a 56 anys (figura 1). Els símptomes detectats en

A Lleida, només s'ha estudiat un pacient que es va descartar

Els virus gripals a la natura circulen entre els animals contínuament

aquests pacients es presenten a la taula 1. Els més freqüents són febre (93,4%) i tos (91,1%). Set dels casos confirmats no van presentar febre. No s'ha notificat cap cas amb pneumònia. En 19 pacients es va registrar també astènia. No hi ha hagut cap defunció. Tots els casos confirmats han presentat un quadre lleu, sense complicacions, amb bona evolució cap a la recuperació. L'evolució clínica no ha presentat diferències entre els casos primaris procedents de Mèxic i els casos secundaris. A Catalunya, tots els casos confirmats ja estan donats d'alta i incorporats a les seves activitats habituals. En el cas de Lleida, només s'ha estudiat un pacient que es va descartar i s'han instaurat dues quimioprofilaxis. A escala mundial, ja s'han presentat 12.022 casos i 86 defuncions, i ja s'ha confirmat l'existència de pacients facetats pel virus en més de 40 països (figura 2).

Les fases d'alerta de pandèmia segons l'OMS

Per abordar el problema de la grip, l'OMS estableix sis fases d'alerta pandèmica (figura 3) amb diferents objectius de salut pública en cada una (figura 4). Les fases d'1 a 3 corresponen a la preparació, en la qual s'inclouen les activitats de desenvolupament de la capacitat i planificació de la resposta, mentre que les fases de 4 a 6 assenyalen, clarament, la necessitat de mesures de resposta i mitigació.

Els virus gripals a la natura circulen contínuament entre els animals, sobretot entre les aus. En la fase 1, els virus circulants animals no han causat infeccions humanes, tot i que en teoria aquests virus podrien convertir-se, en

algun moment, en virus pandèmics. En la fase 2, el virus gripal que circula entre els animals domèstics o salvatges causa infeccions humanes aïllades i, per tant, es considera una possible amenaça de pandèmia.

En la fase 3, el virus gripal animal o virus reagrupat humà-animal causa casos esporàdics o petits conglomerats de casos humans, però no ocasiona una transmissió de persona a persona suficient per mantenir brots a la comunitat. La transmissió de persona a persona pot produir-se de forma limitada en algunes circumstàncies com, per exemple, quan hi ha un contacte íntim amb una persona infectada sense protecció. La transmissió restringida indica que el virus no ha adquirit el nivell de transmissibilitat de persona a persona necessari per causar una pandèmia.

La fase 4 es caracteritza per la transmissió comprovada de persona a persona d'un virus animal o un virus reagrupat humà-animal capaç de causar "brots a escala comunitària". La capacitat de causar brots sostinguts assenyalen un important augment del risc de pandèmia. La fase 4 assenyalen un important augment del risc de pandèmia, però no significa, necessàriament, que s'hagi de produir.

La fase 5 es caracteritza per la propagació del virus de persona a persona, almenys en dos països d'una regió de l'OMS. Malgrat que la majoria dels països no estaran afectats en aquesta fase, la declaració de la fase 5 és un indicatiu clar de la imminència d'una pandèmia.

La fase 6, és a dir, la fase pandèmica, es caracteritza pels criteris que defineixen la fase 5, acompanyats de l'aparició de brots comunitaris en almenys un tercer país d'una regió diferent. La declaració d'aquesta fase indica que existeix una pandèmia mundial. Actualment, l'OMS ha declarat la fase 5, però alguns investigadors consideren que ja estarien a punt d'entrar en una fase 6.

Les pandèmies anteriors s'han caracteritzat per onades d'activitat repartides durant diversos mesos. Quan el nombre de casos disminueix, es requereix una gran habilitat comunicadora per compaginar aquesta informació amb l'advertiment que pot produir-se un altre atac. Les ones pandèmiques es

poden succeir en intervals de mesos i qualsevol senyal de "relaxació" pot resultar prematur.

En el període postpandèmic, els casos de grip hauran tornat a ser comparables als habituals de la grip estacional. Es pot pensar que el virus pandèmic es comportarà com un virus estacional de tipus A. En aquesta fase, és important mantenir la vigilància i actualitzar, en conseqüència, la preparació per a una pandèmia i els plans de resposta. Pot requerir-se una fase intensiva de recuperació i avaluació.

Criteris clínics i epidemiològics per classificar els casos de grip nova pel virus gripal A(H1N1)

En un primer moment, cal confirmar que el pacient presenti els criteris clínics i epidemiològics per ser considerat un cas en estudi.

Període d'incubació: 7 dies.
Criteris clínics: qualsevol persona que compleixi alguna de les condicions següents:

- Febre >= 38 °C i signes o símptomes d'infecció respiratòria aguda (tos, dificultat respiratòria, cefalea, rinorrea, odinofàgia, miàlgia i mal-estar general), que pot anar acompanyada de vòmits o diarrea.
- Pneumònia (infecció respiratòria greu).
- Defunció per una malaltia respiratòria aguda de causa desconeguda.

Criteris epidemiològics: qualsevol persona que compleixi alguna de les condicions següents en els 7 dies previs a l'aparició de símptomes:

- Haver estat o visitat un país on hi ha transmissió sostinguda del nou virus A(H1N1).
- Haver estat en contacte proper amb una persona diagnosticada com a cas confirmat de grip pel nou virus A(H1N1).
- Treballar en laboratori i manipular mostres potencialment contaminades.

En tots els casos, s'ha de recollir un frotis nasal, un de faringi i 5 ml de sang per tal de detectar el nou virus de la grip A(H1N1) per RT-PCR. Posteriorment, els casos es classifiquen en un

d'aquests tres grups:

- Cas en estudi/investigació: qualsevol persona que compleixi criteris clínics i epidemiològics.
- Cas probable: qualsevol persona que compleixi els criteris clínics i epidemiològics i presenti infecció per virus de la grip A no subtipable com a virus H1N1 humà.
- Cas confirmat: qualsevol persona amb confirmació de laboratori per al nou virus A(H1N1). La confirmació dels casos es fa al Centre Nacional de Microbiologia (ISCIII).

Actuacions davant d'un possible cas de grip nova A(H1N1)

Les actuacions següents són aplicables a un nivell d'alerta en fase 5 que busquen frenar l'arribada de la pandèmia. Quan es declari la fase de pandèmia, bona part d'aquestes recomanacions canviaran i s'aniran assimilant a la situació d'una temporada gripal en què els tractaments i les quimioprofilaxis es reservarien per a les persones de grups de risc.

En aquesta fase 5, en atenció primària els malalts que tinguin simptomatologia gripal ho han de comunicar al mostrador d'informació de recepció. Si la persona no és atesa immediatament, cal proveir-la de mascareta quirúrgica i indicar-li que esperi en una àrea preparada per a aquests casos: uns quants seients separats més de 3 metres de la resta (no calen separacions físiques).

Durant la visita, a més de la història clínica per confirmar la definició clínica de cas, s'ha de recollir informació epidemiològica sobre el país o països visitats els darrers 7 dies, contactes propers que ha tingut i persones amb qui ha estat en contacte. Si es considera un possible cas de grip nova, es derivarà a l'hospital per a la presa de mostres per confirmar o descartar el cas sospitós. Per motius logístics, la distribució dels tractaments es fa als centres hospitalaris. El pacient es pot remetre a l'hospital amb vehicle propi i, si no en disposa, amb transport sanitari. Si el trasllat es fa en ambulància, els professionals sanitaris han d'utilit-

zar protector respiratori de partícules FFP2 o FFP3. Igualment, si el trasllat es fa en vehicle propi, els acompanyants han d'utilitzar mascareta protectora. Al pacient se li ha de posar mascareta quirúrgica (figura 7).

A l'hospital, cal que el pacient es posi una mascareta quirúrgica, que respecti les normes d'higiene i que segueixi les normes de l'"etiqueta respiratòria" (esternudar o estossegar emprant mocadors de paper d'un sol ús, llençar-los després en una bossa de plàstic i rentar-se bé les mans). Si és possible, se l'ha de posar en una sala separada de la resta de pacients, amb la porta tancada, o en una cadira o llitera a una distància superior a un metre de la resta d'usuaris.

Al més aviat possible, es recollirà un exsudat nasal i faringi (tipus ViralCulturette), que s'ha de conservar refrigerat a 4 °C i s'ha de transportar immediatament al laboratori. Aquestes dues mostres es poden substituir per una única d'aspirat nasofaríngic. També es recomana una mostra de 5 ml de sang total en un tub sense anticoagulant.

Un cop es confirmi la sospita (i abans de l'enviament a l'Hospital Clínic de les mostres per a la confirmació del cas), s'ha de notificar el cas amb caràcter d'urgència a la Unitat de Vigilància Epidemiològica (vegeu l'annex) o bé al Sistema d'Urgències de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (SUVEC, telèfon 627 480 828) si la sospita es produeix fora de l'horari laboral o en festiu.

Tractament amb antivirals

En un malalt amb sospita fonamentada d'infecció pel virus A(H1N1) nou, cal iniciar un tractament precoç. El fàrmac de primera elecció és l'Oseltamivir amb la posologia següent:

- Adolescents (de 13 a 17 anys) i adults: la dosi oral recomanada d'Oseltamivir és de 75 mg dos cops al dia durant 5 dies.
- Nens d'1 a 12 anys: es recomana la següent posologia en funció del pes:

PES CORPORAL	POSOLOGIA RECOMANADA PER A 5 DIES
>= 15 kg	30 mg dos cops al dia
> 15 kg a 23 kg	45 mg dos cops al dia
> 23 kg a 40 kg	60 mg dos cops al dia
> 40 kg	75 mg dos cops al dia

- Per a nens menors d'1 any: la informació sobre l'ús d'Oseltamivir en menors d'1 any és limitada. Atès el risc de les infeccions gripals en nens petits i les poques dades amb Oseltamivir, els nens menors d'1 any han de ser tractats sota estricta supervisió mèdica i els menors de 3 mesos, segons la seva situació clínica, normalment a l'hospital.

En el cas de dones en edat fèrtil, cal descartar l'existència d'un embaràs abans de decidir iniciar el tractament.

Els principals efectes secundaris d'Oseltamivir són náusees i vòmits, que milloren després de la ingesta i que no solen ser causa de retirada del tractament.

Actuacions que cal seguir davant d'un contacte proper

El període de transmissió és el comprès entre un dia abans de l'inici de símptomes en el cas (probable i confirmat) i mentre es mantingui la clínica, amb un mínim de 7 dies. Es considera contacte proper:

- Persona que conviu estretament amb un cas (probable/confirmat): membre de la mateixa família, company d'habitació de l'hospital, company de dormitori, etc.
- Contacte directe, a una distància inferior d'1 metre, amb un cas (probable/confirmat) quan tu, esternuda i/o parla; individus que comparteixen viatge d'avió a la mateixa filera o a les dues anteriors o posteriors a la del cas.
- Professionals sanitaris que hagin atès un cas (probable/confirmat) sense mantenir les mesures de protecció personal adequades. Es mantindrà vigilància activa de

contactes estrets, se'ls administrarà profilaxi amb inhibidors de la neuraminidasa (segons fitxa tècnica) i es recomanarà (mentre duri la fase 5 i es mantinguin les mesures de contenció) quedar-se a casa durant 7 dies, evitar rebre visites al domicili, utilitzar mascareta quirúrgica i notificar-ho urgentment en cas d'aparició de febre o d'algun signe o símptoma.

La profilaxi postexposició està indicada per als contactes propers d'un cas probable o confirmat. També es tractaran els treballadors sanitaris que no hagin utilitzat la protecció adequada durant el contacte amb un cas probable o confirmat. La posologia seria:

- Per a adolescents (de 13 a 17 anys) i adults: la dosi oral recomanada d'Oseltamivir per prevenir la grip després d'un contacte proper amb una persona infectada és de 75 mg un cop al dia durant 10 dies.
- Per a nens d'1 a 12 anys: per a la prevenció postexposició es recomana la següent posologia, en funció del pes:

PES CORPORAL	POSOLOGIA RECOMANADA PER A 10 DIES
>= 15 kg	30 mg un cop al dia
> 15 kg a 23 kg	45 mg un cop al dia
> 23 kg a 40 kg	60 mg un cop al dia
> 40 kg	75 mg un cop al dia

- Per a nens menors d'1 any: la informació de què es disposa sobre l'ús d'Oseltamivir en menors d'1 any és limitada. Atès el risc de les infeccions gripals en nens petits i les poques dades amb Oseltamivir, els nens menors d'1 any han de ser tractats sota estricta supervisió mèdica, i els menors de 3 mesos, segons la seva situació clínica, normalment a l'hospital.

Mesures de protecció per als professionals

Els professionals sanitaris han de considerar les mesures de prevenció i

control de la infecció com una activitat preventiva essencial i integrada dins de la seva tasca (figura 5). Atès que el diagnòstic d'infecció pel nou subtipus de virus de la grip no és immediat, cal adoptar precaucions per evitar la transmissió davant dels pacients que presenten clínica compatible i que tenen antecedents epidemiològics que suggereixen exposició a un cas.

En la fase 5, el que ajudarà a identificar els casos sospitosos és l'antecedent de viatge a una zona on hi hagi brots o contacte amb una persona malalta, encara que també hi pot haver casos de grip pels subtipus epidèmics (H3N2 i H1N1).

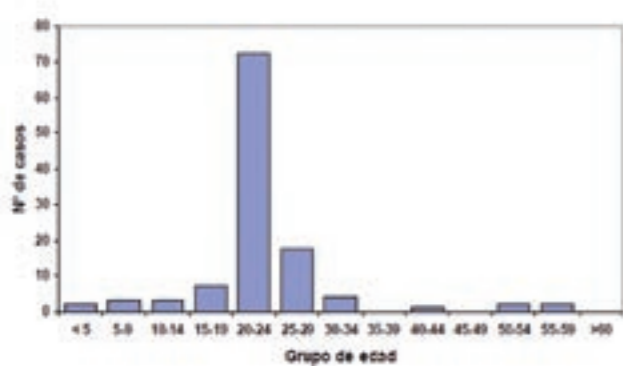
En la fase 5, cal seguir les precaucions estàndard, les precaucions de gotes i les de contacte. Cal adherir-se estrictament a la higiene de mans, que és la mesura més important de les precaucions estàndard. La higiene de mans s'ha de fer sempre que es tingui contacte amb una persona que presenta una síndrome gripal i després del contacte amb els seus estris personals o els del seu àmbit immediat.

Cura a domicili dels malalts infectats pel nou virus de la grip A(H1N1)

La majoria de les persones afectades, en funció de la simptomatologia i del criteri clínic, poden ser ateses al seu domicili, sempre que es puguin aplicar de forma efectiva les mesures de protecció adequades, amb l'objectiu bàsic de limitar la transmissió de la grip. Per tant, el domicili és el lloc preferent d'atenció de la major part de les persones infectades pel virus de la grip durant el curs de la malaltia, on poden ser cuidades per altres membres de la família o per altres persones que hi conviuguin.

Qualsevol persona que durant un dia abans de l'inici dels símptomes o durant el període de clínica conviui amb una persona infectada està en situació de risc de contagi. Per tant, cal fer un èmfasi especial en les precaucions bàsiques de control d'una infecció (precaucions per evitar...)

Figura 1: Casos confirmats per grups d'edat (20/05/2009)



Taula 1: Característiques clíniques dels casos confirmats

Síntomas	Número de casos	% casos con síntomas sobre el total de casos con información*
Fiebre	99	99/108 (91,4%)
Tos	92	92/101 (91,1%)
Tos seca	13	13/15 (86,7%)
Tos productiva	3	3/13 (23,1%)
Cefalea	36	36/58 (62,1%)
Rinorrea	29	29/56 (51,8%)
Estornudos	6	6/15 (40%)
Conjuntivitis	2	2/13 (15,4%)
Dolor de garganta	36	36/60 (60%)
Miàlgia	36	36/62 (58,5%)
Dolor articular	4	4/12 (33,3%)
Sangrado nasal	1	1/12 (8,3%)
Dificultat respiratòria	19	19/84 (22,6%)
Mal-estar general	29	29/49 (59,2%)
Diàrrea	20	20/56 (35,7%)
Vòmits	5	5/47 (10,6%)
Nàusees	1	1/11 (9,1%)

Figura 2: Casos confirmats de grip nova a escala mundial



Figura 3: Fases de pandèmia OMS 2009



Figura 4: Objectius de salut pública

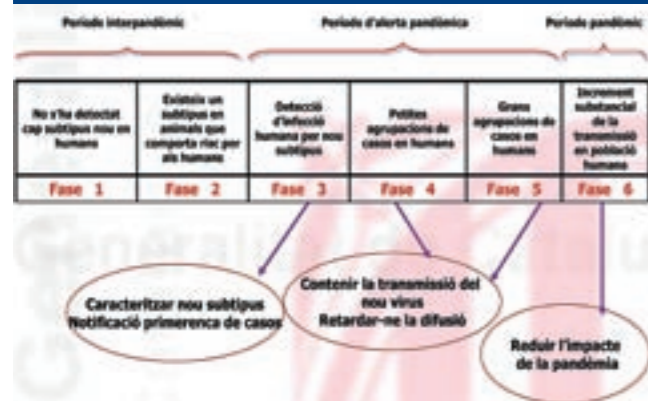


Figura 5: Prevenció de la infecció als centres sanitaris



la transmissió per gotes del malalt, higiene de mans...) per tal de limitar la transmissió del virus tant dins com fora del domicili.

Recomanacions per a les persones afectades que són cuidades al seu domicili:

a) Tapar-se la boca i el nas amb mocadors rebutjables quan es tus i s'esternuda, i rentar-se les mans amb aigua i sabó o amb productes preparats amb base alcohòlica amb emol·lients, especialment després d'haver tossit o esternutat sobre les mans.

b) Vigilar l'aparició de signes d'alerta que podrien indicar la necessitat d'atenció mèdica.

c) La persona malalta hauria d'estar en una habitació separada de les àrees comunes del domicili (per exemple, un dormitori amb el seu propi bany, si és possible) i amb la porta tancada. No ha de compartir l'habitació amb cap altra persona. L'habitació ha de tenir ventilació directa del carrer.

d) És recomanable que no comparteixi bany. Si això no és possible, s'han d'extremar les mesures de neteja i desinfecció del bany amb lleixiu després de cada ús.

e) Excepte si cal atenció mèdica, el malalt no hauria de sortir del domicili si té febre o durant el període en què és més probable la transmissió del virus (fins a 7 dies després de l'inici dels símptomes).

f) Si ha de sortir, ha de portar mascarata quirúrgica.

g) Si necessita estar en àrees comunes del domicili o prop d'altres persones, el malalt hauria de portar mascarata quirúrgica.

Recomanacions per als que conviuen amb el malalt:

a) No han de rebre visites.

b) Si és possible, una sola persona ha de ser qui es faci càrrec del malalt com a cuidador principal.

c) Tothom ha d'extremar les mesures de precaució: rentar-se les mans amb sabó freqüentment i de manera obligada cada cop que entri en contacte amb el malalt, amb la seva habitació o el seu bany.

d) S'han d'utilitzar tovalloles de paper

després de rentar-se les mans o, com a mínim, emprar tovalloles diferents per a cada persona i clarament identificables.

e) S'ha de mantenir una bona ventilació de les àrees compartides del domicili.

Recomanacions per al cuidador principal:

a) Ha d'evitar estar cara a cara amb el malalt.

b) S'ha de rentar les mans amb aigua i sabó o amb productes preparats amb base alcohòlica amb emol·lients després d'haver estat en contacte amb el malalt, o amb les seves tovalloles, llençols o estris.

c) S'ha de consultar el metge de capçalera per si cal l'administració de fàrmacs antivirals.

d) El cuidador ha de vigilar-se ell mateix i la resta de convivents i contactar amb el sistema sanitari si detecta símptomes de grip.

Recomanacions per a la neteja:

a) Llençar els mocadors i altres objectes d'un sol ús utilitzats pel malalt i rentar-se les mans amb aigua i sabó després d'haver entrat en contacte amb ell.

b) Utilitzar lleixiu per a la neteja de les superfícies, especialment les tauletes de nit i el bany.

c) No s'han de netejar separatament els llençols, els plats i els coberts utilitzats pels malalts, però és important que no siguin compartits abans d'haver estat netejats adequadament.

Conclusions

Es confirma l'extensió de la grip nova amb la presentació de més de 12.000 casos en més de 40 països i l'OMS ja ha declarat la fase 5 d'alerta pandèmica, que és la porta d'entrada a una possible pandèmia. La presentació clínica dels casos ha estat lleu. Tanmateix, s'ha de tenir en compte que a Espanya els afectats són pacients joves sense factors de risc. La promoció de les normes universals de rentat de mans i d'higiene respiratòria poden ajudar a reduir la difusió de la pandèmia. A més, el tractament i la

quimioprofilaxi dels pacients de grups de risc també poden reduir-ne l'impacte. La disponibilitat de la vacuna contra la nova soca del virus de la grip per a la propera temporada gripal és la mesura més determinant per reduir els efectes de la possible pandèmia.

Pere Godoy García
Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública

BIBLIOGRAFIA

1. Swine influenza A (H1N1) infection in two children —southern California, March 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58: 400-2.
2. Shinde V, Bridges CB, Uyeki TM, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005–2009. N Engl J Med 2009; 361. DOI: 10.1056/NEJMoa0903812.
3. Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. N Engl J Med 2009; 361. DOI: 10.1056/NEJMoa0903810.
4. Update: infections with a swine-origin influenza A (H1N1) virus — United States and other countries, April 28, 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58: 431-3.
5. Update: influenza activity — United States, September 28, 2008–April 4, 2009, and composition of the 2009–10 influenza vaccine. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58: 369-74.

WEBS I TELÈFONS DE CONSULTA

- Departament de Salut: <http://www.gencat.cat/salut/>
- Ministeri de Sanitat i Política Social: <http://www.msc.es/>
- Organització Mundial de la Salut: <http://www.who.int/es/>
- European Centre for Disease Prevention and Control: <http://ecdc.europa.eu/>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/>
- Telèfon d'informació per als professionals: 630 976 109
- Telèfon de Sanitat Respon: 902 111 444
- Serveis Territorials de Salut a Lleida: 973 701 600
- Secció d'Epidemiologia: 973 701 634

La implantació de la recepta electrònica

El desplegament de la recepta electrònica suposa un canvi important per als metges, els usuaris i els farmacèutics. Adaptar-se al nou sistema de prescripció i dispensació de medicaments requereix un procés llarg i complex. Tot i que els avantatges del nou sistema són molts, ja han aparegut els primers inconvenients. De tots, en parlen les diferents parts afectades en aquest número del BUTLLETÍ MÈDIC.

La recepta electrònica ja es prescriu a tots els CAP i es dispensa a totes les farmàcies de Lleida

La implantació de la recepta electrònica (rec@p) ha estat progressiva a la Regió Sanitària de Lleida. La prescripció de la primera recepta i la seva dispensació a la farmàcia es va realitzar a finals del 2008 a l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) d'Agramunt, i tot seguit es va estendre a les d'Artesa de Segre, Ponts i la resta de la regió¹.

Per començar el procés, es van triar centres petits i amb poques farmàcies per garantir-ne una bona implantació i estendre-la després als centres més grans, com els de les capitals de comarca i, sobretot, els de Lleida ciutat, on el nombre de farmàcies on recollir la medicació és molt superior. Actualment, més d'un 16% dels usuaris ja ha utilitzat el nou sistema.

Hi ha hagut alguns aspectes clau en el bon funcionament de la rec@p. Un és la disponibilitat de prou material informàtic i dels programes actualitzats de prescripció a tots els centres de salut i a les farmàcies. La signatura electrònica dels metges i els farmacèutics i

les bones connexions a la xarxa informàtica també han estat bàsiques, ja que la nostra xarxa d'atenció primària disposa de més de 200 punts assistencials, entre consultoris i CAP. A més, les més de 150 farmàcies de la regió també han de mantenir una connexió contínua a Internet.

Disposar de prou sistemes informàtics ben preparats significa comptar amb estacions clíniques de treball (ECAP) que reconeixen les signatures electròniques que els professionals realitzen amb el seu *token*², facilitat pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida. A l'hora d'adaptar aquests sistemes, els informàtics es van desplaçar a tots els centres d'atenció primària (CAP). A més, el personal del Col·legi també va anar als centres més allunyats i els treballadors de la companyia telefònica van instal·lar línies d'ADSL especials i segures a les farmàcies. És a dir, tota una gernació de tècnics ha facilitat un dels projectes de noves tecnologies (TIC, en diuen) més importants relacionats amb els serveis de

Tota una gernació de tècnics ha facilitat un dels projectes de noves tecnologies més importants de Salut

Salut. Una millora que ha estat fruit dels acords institucionals entre el Col·legi de Farmacèutics, el Col·legi de Metges i el Departament de Salut (CatSalut, Institut Català de la Salut, Gestió de Serveis Sanitaris).

A banda dels assumptes institucionals, els moments més importants en clau de proximitat han estat les 30 sessions de formació realitzades als CAP i que han donat el tret de sortida a la implantació de la recepta en cada ABS. En aquestes sessions s'ha explicat el funcionament del nou sistema: com realitzar la prescripció, repassar les dosificacions, marcar les pautes de tractament, emmagatzemar la informació al programa, penjar-la després al SIRE³, imprimir el pla de medicació activa (PMA) o renovar-lo cada vegada que es canvia una medicació, entre altres. A més, s'ha mostrat com accedeixen a la prescripció les farmàcies connectades al SIFARE⁴ per poder lliurar els medicaments.

Els formadors han estat companys prèviament instruïts que han exercit de professors a l'hora d'explicar als seus col·legues, de manera presencial i *online*, com es fan diferents tipus de prescripcions (receptes, que en diem abans) que ara quedaran registrades en un sol full, anomenat pla de medicació activa⁵. Els farmacèutics, que també han estat convidats a les sessions, han observat l'altra part del procés, que ells completen a l'hora de lliurar els medicaments. Aquest procés també s'ha modificat i adaptat perquè puguin exercir millor l'atenció farmacèutica, que és de la seva responsabilitat i que pot incloure, per exemple, el compliment terapèutic.

Cal recordar que la utilització de la recepta electrònica no suposa la supressió de la recepta en paper, de manera que les dues modalitats continuaran convivint. Tot i així, amb tota seguretat es reduirà la xifra dels 5,8 milions de receptes en paper vermell o verd que es lliuraven cada any a la regió de Lleida, que esperem que algun dia arribi a ser molt baixa.

La nova recepta —o, millor dit, el PMA— es deriva d'un format electrònic que s'exporta a un arxiu PDF⁶. Aquest document es pot utilitzar només per a medicaments finançats per la sanitat pública, sempre que el ciutadà tingui

S'incrementa la seguretat dels pacients en millorar la coordinació entre els professionals sanitaris de primària, els especialistes, l'usuari i l'Administració

reconeguda la cobertura sanitària. El PMA es lliura al pacient i aquest imprès codificat amb tota la medicació necessària és el que l'usuari ha de presentar a l'oficina de farmàcia perquè li lliurin les medicines. Així mateix, caldrà que l'usuari presenti la seva targeta sanitària individual (TSI) al centre de salut i a l'oficina de farmàcia.

Aquest nou sistema suposa millores en el moment de la prescripció, ja que aglutina tots els medicaments que pren una persona. Per tant, permet evidenciar duplicacions de medicaments, interaccions i altres efectes no desitjats. D'aquesta manera, amb la recepta electrònica s'incrementa la seguretat dels pacients en millorar la coordinació entre els professionals sanitaris d'atenció primària, els especialistes⁷, l'usuari i l'Administració. A més, possibilita que els pacients crònics adquireixin medicació sense haver de visitar el metge quan es tracti, simplement, de renovar la recepta.

Finalment, és important destacar que aquest repte s'ha assolit gràcies a una estreta col·laboració entre els col·legis professionals, que han facilitat la signatura electrònica als facultatius, l'accés a la xarxa de les oficines de farmàcia i la formació del personal implicat (tutelada per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques). La implantació de la recepta electrònica ha estat un exemple de cooperació institucional que caldria seguir en molts dels reptes que tenim al nostre territori dins del Govern Territorial de Salut de Lleida.

Sebastià Barranco i Tomàs
Gerent de la Regió Sanitària de Lleida
Servei Català de la Salut
Departament de Salut

NOTES

- 1 La rec@p també s'ha implantat a la regió de l'Alt Pirineu i Aran i en altres punts de Catalunya, tret de Barcelona, on es preveu fer-ho aviat.
- 2 La paraula *token* fa referència, en el nostre cas, a una memòria USB o llapis de memòria que permet emmagatzemar

- 3 SIRE: sistema informàtic que emmagatzema la prescripció en una recepta electrònica.
- 4 SIFARE: sistema informàtic de les farmàcies que permet emmagatzemar la informació de recepta electrònica per dispensar.
- 5 Vegeu foto annexa d'un pla de medicació.
- 6 Els documents en format PDF (portable document format) s'utilitzen per la seva facilitat d'emmagatzematge. Aquest format està especialment pensat per a documents susceptibles de ser impresos.
- 7 Es preveu desplegar la rec@p als especialistes un cop se n'hagi finalitzat el desplegament en l'atenció primària de salut.

Avantatges i inconvenients de la recepta electrònica

La implementació de processos tecnològics i de sistemes informàtics, com la recepta electrònica, ens dona moltes oportunitats de millora i ens aporta un seguit d'avantatges, però, arran de la seva complexitat, també comporta una sèrie d'inconvenients. A continuació, els mirarem de descriure des del punt de vista dels diferents agents implicats.

Avantatges

1 USUARIS

- Un tret característic del model és que no hi ha grans canvis metodics per al pacient. S'inicia amb una visita al seu metge, que generarà un full, anomenat pla de medicació, en què s'integren de forma global totes les prescripcions de l'usuari i l'hi lliurarà perquè, des d'aleshores, acudeixi a recollir els medicaments que necessiti a qualsevol oficina de farmàcia. Aquest document és una peça clau que identifica la identitat de l'usuari i també és l'element fonamental per sol·licitar la confidencialitat de les dades. En aquest acte, les prescripcions queden enregistrades de forma

Ara, la vostra recepta és aquí

Nou sistema de recepta electrònica.

El metge o metgessa introduirà la recepta en un programa informàtic i us donarà el *Full de medicació activa* per poder seguir el tractament. A la farmàcia, heu de presentar la targeta sanitària individual i aquest full per recollir els medicaments receptats. Amb la recepta electrònica tindreu més informació sobre els medicaments que preneu i contribuïreu a fer-ne un consum més racional. Una millora que ens beneficia a tots.

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut
Servei Català de la Salut

www.gencat.net/salut

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444

segura al servidor centralitzat del SIRE (Sistema Integral de Recepta Electrònica) i es converteixen en dispensacions que el farmacèutic pot fer efectives al pacient. Aquesta informació queda al sistema perquè tots els professionals la puguin consultar i actualitzar des de qualsevol punt d'accés a la xarxa sanitària.

- El pacient coneix el seu pla terapèutic implementat al pla de medicació, full on consta tota la prescripció global dels diferents professionals, i se'n responsabilitza. Es millora la informació sobre el seu tractament perquè hi consten totes les dades de cada prescripció: el nom del producte, la dosi, el professional prescriptor, les dates de vigència dels productes i comentaris per al pacient.

- Es millora l'accessibilitat del pacient als tractaments; es redueix el nombre de visites als centres amb motiu de renovació de receptes habituals, fet que pot beneficiar especialment col·lectius de pacients amb disponibilitat i/o mobilitat reduïdes; es facilita la dispensació dels productes a qualsevol oficina de farmàcia de Catalunya i el pacient pot obtenir, en cas de necessitat, una còpia del seu pla de medicació a qualsevol punt d'atenció primària.

- Es garanteix la confidencialitat de les dades, ja sigui per la mateixa funcionalitat de seguretat del sistema o bé per sol·licitud del pacient, ja que el sistema permet mantenir la confidencialitat d'una determinada prescripció. En aquest cas, l'aplicació genera plans de medicació individualitzats i diferenciats, amb fulls independents per a aquests productes protegits.

- Disminueixen les possibilitats d'errors, en no haver-hi problemes de llegibilitat de les prescripcions ni en la interpretació de les dosificacions, i s'obté més control terapèutic, gràcies a una cronologia més acurada pel que fa a les dates de fi de revisió dels plans de medicació.

- El pacient intercanvia informació terapèutica amb qualsevol professional de la xarxa sanitària primària de tot Catalunya, sense retards, per la mateixa naturalesa *online* del procés. No es troba amb inconvenients de consulta terapèutica en els seus desplaçaments pel territori i té assegurat el continu assistencial.

Es redueixen els estocs de medicaments als domicilis i, per tant, s'eviten possibles errors terapèutics per posologies inadequades o persistència en tractaments ja caducats.

2 METGES

Per definició, la recepta electrònica té una propietat integradora de processos de dispensació i de prescripció. Per tant, suposa una millora de la qualitat assistencial i, en conseqüència, dels registres del pacient, fet que facilita les actuacions sanitàries pròpies i les dels altres professionals que accedeixen a la xarxa.

El canvi de filosofia, passar de fer receptes a fer prescripcions i que totes es reflecteixin en un pla de medicació, dona a tots els professionals una nova eina de salut. El conjunt de processos, condicionants de salut, que queden lligats a la prescripció, completa l'acte

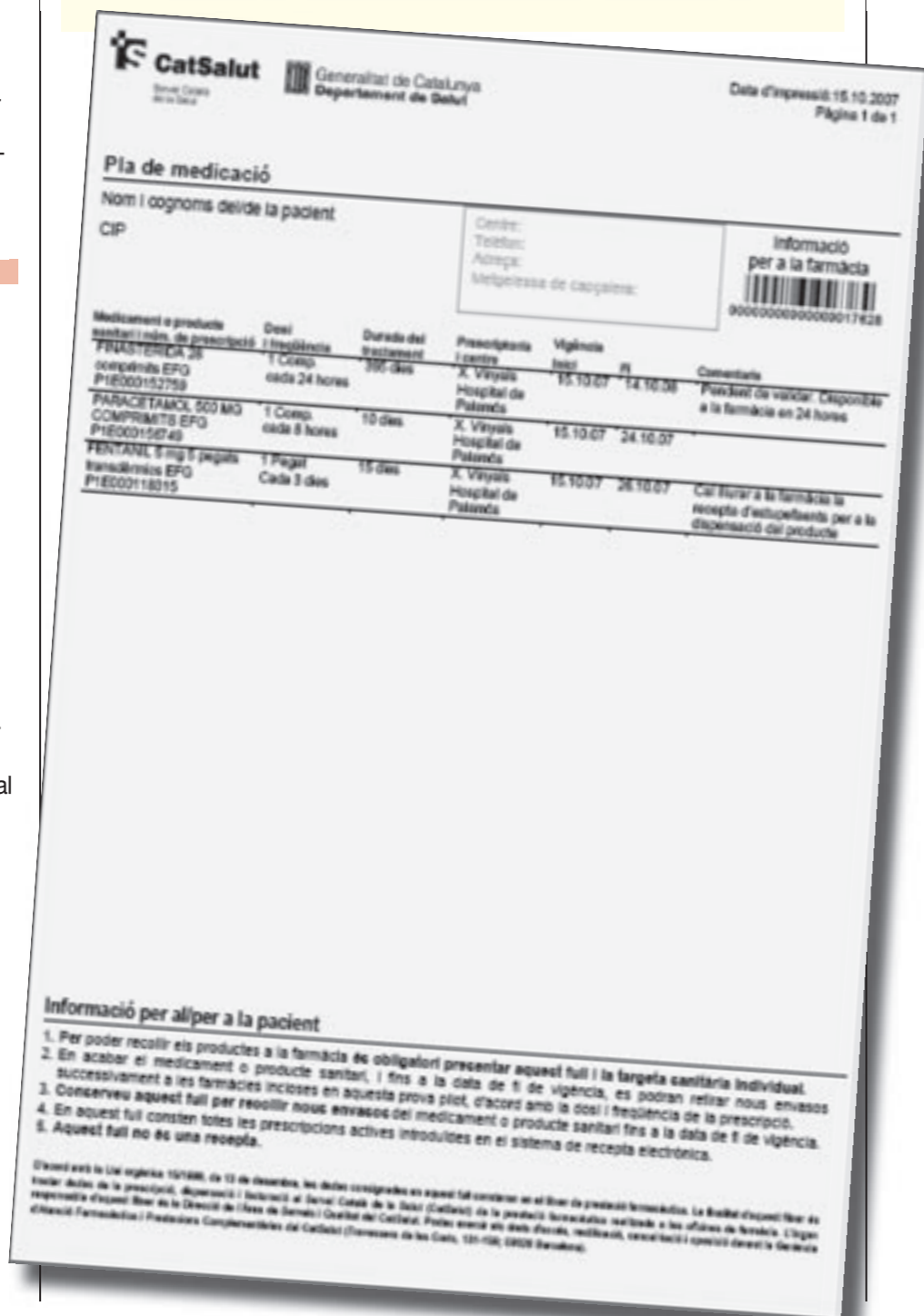
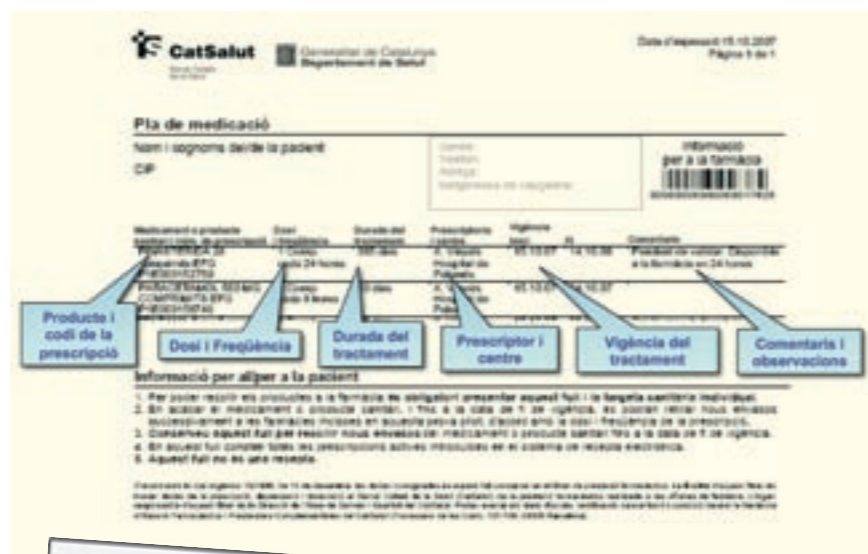
S'allibera la pressió assistencial derivada de les continuades visites per renovació de receptes

mèdic de forma més acurada.

Es millora la coordinació entre metges i farmacèutics pel que fa a la medicació d'un usuari. La integració entre professionals de medicina i professionals farmacèutics encara és més intensa per la mateixa filosofia de l'aplicació. Compartir informació en temps real permet interaccionar i intercanviar informació de forma instantània.

Es redueixen errors de medicació; es minimitzen problemes relacionats amb els medicaments —lligats a interaccions, duplicitats i reaccions al·lèrgiques—, i es redueixen els ingressos hospitalaris per motius relacionats amb els medicaments. Això millora la seguretat en l'ús del medicament, així com la qualitat assistencial.

S'allibera la pressió assistencial derivada de les continuades visites per renovació de receptes que afecten el personal administratiu i d'infermeria i els professionals de la medicina i,



per tant, es racionalitza el temps de consulta per aquests motius.

Permet tenir informació online del seguiment dels tractaments prescrits als pacients en altres punts de la xarxa sanitària i, malgrat que és aviat per dir-ho, cal considerar l'avenç important que suposarà la futura incorporació en la prescripció de l'atenció especialitzada de primer i de segon nivell, les consultes externes hospitalàries, les urgències hospitalàries, l'atenció sociosanitària, la salut mental i, fins i tot, institucions privades, com altres hospitals o mútues.

Permet reduir els estocs de medicaments als domicilis dels pacients i que aquests facin un ús més racional de la medicació, optimitzar les dosis i els excedents de medicacions, facilitar l'adherència al tractament i, a la vegada, tenir una informació més acurada de pacients complidors o incomplidors amb les prescripcions.

3 FARMACÈUTICS

Pel mateix motiu que els facultatius, gaudiran del benefici que suposa la connexió entre professionals molt diversos. La interacció entre professionals és més intensa i fluida i, amb l'ús del programari propi, hi ha més control terapèutic i es poden donar baixes de prescripcions per motius codificats i comunicar-ho al metge mitjançant alertes de correu electrònic que arriben a l'estació clínica del facultatiu. Per tant, la figura del farmacèutic rep més potencial com a agent de salut comunitari.

Els farmacèutics informen el pacient de medicacions pendents i administren la dispensació de tractaments, a més de proposar dates de recollida de les prescripcions i retirar aquelles que puguin provocar problemes d'interaccions o reaccions secundàries greus.

Així mateix, participen en la disminució de càrrega burocràtica i agiliten els processos de facturació i de control d'estocs de medicació a la seva oficina de farmàcia.

Inconvenients

El ritme inicial serà més lent perquè s'ha de tenir cura de revisar correctament la posologia, la durada i el diagnòstic de cada prescripció

S'obre un període finestra en què l'usuari s'ha d'acostumar al nou circuit del pla de medicació

És aviat per saber quins són els punts més desfavorables d'aquest sistema. Per tant, parlaré de supòsits i de situacions puntuals que s'estan corregint sense gaires problemes.

Des del punt de vista de l'usuari, s'obre un període finestra en què s'ha d'acostumar al nou circuit del pla de medicació. Rep informació del seu metge i assumeix que ja no li fan les receptes habituals i que ara ja pot recollir la medicació a la farmàcia a mesura que se li acabi. Cal explicar-li què és la recepta electrònica, on es troben ara les seves prescripcions, que el control de la dispensació gratuïta o d'aportació reduïda es farà a l'oficina de farmàcia i que ha de retirar els productes en les dates proposades, anteriors a la data de caducitat i que seran coincidents amb les de finalització de la prescripció. En l'experiència viscuda a les nostres contrades, això suposa un inconvenient menor per als ciutadans i l'adaptació es fa de manera normalitzada.

Els facultatius tindran els inconvenients del canvi de filosofia i d'adaptació al nou model en la utilització de la nova tecnologia. Aquest hàbit, menys punyent en noves generacions que ja estan acostumades a l'ús de les noves tecnologies, requereix un temps d'adaptació moderat. Amb seguretat, el ritme inicial serà més lent perquè s'ha de tenir cura de revisar correctament la posologia, la durada i el diagnòstic de cada prescripció, fet que requerirà, en els pacients crònics, una visita programada per fer-los el pla de medicació. Cal que recordem el gran canvi que va suposar la

utilització de l'ordinador a les nostres consultes i que, avui dia, es faria impensable prescindir-ne per l'eficàcia en el maneig i compartició de la informació que suposa.

Com en qualsevol tecnologia, cal esmentar els problemes puntuals derivats de les incidències en la connectivitat a la xarxa, problemes generats per microtalls de la línia que provoquen algun error en penjar dades al SIRE. Tots tenen un pla d'incidència ben detallat per resoldre'ls amb absoluta eficàcia. Cal esmentar que sempre coexistiran els models de prescripció i d'impressió en paper, per resoldre puntualment els talls de llum que tinguin una durada més persistent.

Voldria acabar aquest article fent referència a les característiques d'aquest nou model de recepta electrònica i, per tant, a la seva importància en la implementació.

És un projecte de base integradora dels professionals i dels organismes oficials que hi donen suport, —Departament de Salut, col·legis professionals i entitats proveïdores— i, per tant, de gran rellevància social. Es tracta d'una eina de salut que té com a eix central el pacient, envers el qual s'interactua per millorar i incrementar la qualitat assistencial; possibilita la interconnectivitat, fa extensiva a altres nivells assistencials la informació del pacient i fa el sistema sanitari més eficient i satisfactori per als metges, farmacèutics i pacients.

El seu element distintiu té relació amb les estrictes mesures de seguretat i d'integritat de les dades, que s'inicien amb la signatura electrònica a l'estació de treball. Cada entitat proveïdora garanteix l'aplicació de les mesures de seguretat i, per tant, cada transacció final va acompanyada de les credencials segures emeses pels proveïdors, tots ells certificats i verificats per l'Agència Catalana de Certificació, que verifica amb la connexió al SIRE que cada certificat sigui correcte i no estigui revocat. La connexió segura és fa a través de la xarxa privada del Departament de Salut i la xarxa privada del Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya.

És un model en què coexisteixen diferents programaris d'estació clínica de prescripció i d'oficina de farmàcia, és a dir, es respecta el que existia i s'adapten les aplicacions actuals al nou sistema del

» SIRE, que fa de repositori compartit de la informació que hi introdueixen els diferents professionals. Es crea una estructura tecnològica i de comunicació per a les oficines de farmàcia que pivota sobre el Col·legi de Farmacèutics, anomenada sistema SIFARE.

Un nou repte i, en definitiva, una evolució revolucionària: la recepta, ara prescripció, electrònica.

Dr. Jesús Alonso Aliaga
Metge. Sant Guim de Freixenet

Signatura electrònica col·legial

El Col·legi de Metges de Lleida, per tal de seguir endavant en la prestació de serveis als seus col·legiats, i dins les funcions que li són pròpies, el mes febrer del 2007 va formar part, com a soci fundador,

logació dels certificats digitals. El grau concedit va ser el 4, el màxim.

A finals de l'any 2007, es va signar, amb el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut, els col·legis de metges de Catalunya i l'Agència Catalana de Certificació, un conveni marc de col·laboració per tal d'implementar la signatura electrònica en els sistemes d'informació del Departament de Salut. Actualment s'ha dissenyat una addenda a aquest conveni perquè l'Administració participi en una part dels costos que el projecte implica.

Per aquesta raó, des de finals de novembre del 2008, i després d'un procés tècnic i l'acreditació del Col·legi com a autoritat de registre, es va iniciar de manera efectiva la distribució de certificats digitals i els corresponents dispositius entre els nostres col·legiats, en coordinació amb l'Institut Català de la Salut de Lleida, als mateixos CAP en cas

Des de finals de novembre del 2008 el COMLL va iniciar la distribució de certificats digitals entre els col·legiats, amb coordinació de l'ICS de Lleida

juntament amb altres col·legis professionals sanitaris, de la societat Healthsign, S.L. L'objectiu, tal com indiquen els seus estatuts, és crear, proveir, emetre, distribuir, gestionar i exercir un control de signatura electrònica o digital, directament o indirectament, a través d'altres empreses.

Amb aquesta voluntat, i des de llavors, s'ha anat treballant per crear i mantenir unes estructures que permetin arribar a l'objectiu final del projecte de la signatura electrònica: poder acreditar la identitat i la professió que s'exerceix, així com el col·lectiu al qual es pertany. Unes característiques que només poden certificar els col·legis professionals de manera efectiva —signatura electrònica acreditada—, a diferència de la signatura electrònica de tipus generalista (DNI, FNMT, etc.).

Perquè la signatura electrònica que distribuiria en el futur Healthsign complís tots els requisits tècnics, es va sol·licitar a CATCert, autoritat que regula la signatura electrònica a Catalunya, la cata-

de llunyania de Lleida capital o bé a la seu del Col·legi. Així es va iniciar la primera fase del desplegament de la recepta electrònica a l'Atenció Primària.

Avui dia, ja s'han distribuït 420 signatures digitals, gairebé amb la primera fase de cobertura ja finalitzada. S'ha distribuït a tota la província, inclosa Lleida ciutat, exceptuant la Val d'Aran, la Cerdanya i el Solsonès —també resten pendents els especialistes d'Atenció Primària—. Cal fer esment que el lliurament dels dispositius s'ha efectuat d'un en un personalment, amb els inconvenients que això comporta. D'aquesta manera, però, es garanteix i es preserva la seguretat amb la creació, en el mateix moment, de les contrasenyes (PIN i PUK) per part de l'interessat. Aquest sistema d'identificació té la mateixa validesa legal que la pròpia signatura manuscrita de l'usuari i, per tant, és molt important que ningú que no sigui l'interessat conegui les claus.

Totes les signatures electròniques han d'anar obligatòriament lligades



a un compte de correu electrònic, que caldrà que sigui estable. En aquest sentit, s'ha acordat utilitzar el servidor de correu del Col·legi (comll.cat).

Evidentment, tot i que la recepta electrònica és un avenç important

en la tasca diària del professional mèdic, el projecte de la signatura electrònica col·legial preveu altres aspectes dins la sanitat pública. Per aquesta raó, també s'està treballant, en coordinació amb el Departament de Salut, per a

la implantació de la signatura en l'accés al Registre de Voluntats Anticipades (RVA) i a la història informatitzada a Catalunya, entre altres.

No solament la signatura electrònica tindrà aplicació a la sanitat

pública, perquè entre els projectes previstos en properes fases i que encara cal desenvolupar se'n preveuen en l'àmbit professional privat, com, per exemple, la factura electrònica, informes mèdics signats electrònicament, correu electrònic

signat, comunicació col·legial, etc.

A més a més, s'ha sol·licitat a la Secretaria d'Estat de Telecomunicacions i per a la Societat de la Informació del Ministeri d'Indústria el reconeixement i l'homologació dels certificats digitals de Healthsign. Aquesta acreditació permetrà la utilització de la signatura electrònica en tots els àmbits que requereixin identificació digital, i amb això s'aconsegueix la convergència en el mateix dispositiu de la signatura electrònica acreditada i la generalista. Està previst que aquest reconeixement s'aconsegueixi les properes setmanes.

Pel que fa al projecte de Healthsign S.L., cal esmentar que recentment s'hi ha incorporat el Col·legi de Diplomats en Infermeria de Lleida i que s'està en fase de contacte amb altres col·legis professionals. Per tant, suposa la posada en funcionament d'eines útils per al desenvolupament de l'exercici professional mèdic en el marc actual de les noves TIC.

Junta de Govern del COMLL

La recepta electrònica a la farmàcia

Quan arriba una recepta electrònica a l'oficina de farmàcia ho fa en forma de full de medicació, que físicament és un foli on s'identifica el pacient —amb el nom i el CIP, un codi de barres que identifica la pauta de medicació— i els medicaments prescrits.

La primera operació és connectar-se amb el servidor, via intranet, fet que exigeix la identificació de l'usuari (personal de l'oficina) i una contrasenya (cadascú té la seva). Una vegada connectats, identifiquem el malalt amb la targeta sanitària individual i introduïm al sistema el codi de barres del full de medicació; aleshores la pantalla ens mostra els medicaments que ha prescrit el metge i que autoritza el sistema, i,

en aquest moment, l'usuari pot decidir el que vol que li sigui dispensat. Un cop seleccionat, ho trasludem a la pantalla de dispensació i ja la podem realitzar. Amb causa justificada és possible fer-ne la substitució —amb una esmena justificada i sempre que sigui un medicament de la mateixa composició i forma farmacèutica. S'ha de tenir en compte que el sistema contrasta que es tracti del mateix medicament: si coincideix el codi nacional del medicament prescrit amb l'ofert —si els codis són diferents, encara que sigui el mateix medicament, els identifica com medicaments diferents, i llavors s'ha d'esmenar, com si es tractés d'una substitució. Una vegada dispensat, el sistema atorga a cada medicament un número de recepta, com en les prescripcions en paper.

A part de la dispensació, els farmacèutics podem interactuar amb el sistema mitjançant un altre programa pel qual es pot accedir a una part de la base de dades del CatSalut. Amb la corresponent identificació i contrasenya, s'accedeix a un aplicatiu on es poden consultar les receptes dispensades, la data de la propera dispensació d'un medicament determinat i les receptes que han de ser repassades i firmades pel farmacèutic, a més de consultar alertes i també introduir-ne. En cas que es consideri necessari, es pot bloquejar una prescripció, i també desbloquejar-la.

En conclusió, es pot dir que la

recepta electrònica és un avenç important, malgrat que, com tot el que comença de nou, té una sèrie d'avantatges però també alguns desavantatges.

Avantatges

- Millora la coordinació entre professionals sanitaris.
- Millora la informació de compliment dels tractaments.
- Augmenta el control de la prescripció i dispensació.
- Allibera el metge de feines burocràtiques.
- Evita molèsties a l'usuari, que no ha d'anar tan sovint a la consulta per obtenir una recepta.
- Els metges tenen informació en temps real dels medicaments prescrits als pacients i també dels retirats de les farmàcies.

Desavantatges

- Les persones grans, molt poli-

medicades, es desorienten fàcilment i no saben quan han de retirar els medicaments.

- La dispensació és més lenta.
- La dependència del sistema és absoluta; malgrat que de moment és del tot estable, no se sap què passarà quan hi hagi un gran nombre de farmàcies connectades.

Ton Capellades

Farmacèutic comunitari de Ponts

Una oportunitat

Crec que aquest sistema beneficiarà tant usuaris com professionals sanitaris. Pel que fa als usuaris, millorarà la qualitat de vida dels malalts crònics i les persones de la tercera edat, s'evitaran desplaçaments innecessaris per renovar la medicació i es facilitarà el compliment dels tractaments. Per als professionals sanitaris, permetrà desburocratitzar l'atenció al pacient, i en el cas de metges i ATS, utilitzar aquest temps per a la pràctica assistencial. Per als farmacèutics, l'accés al pla farmacoterapèutic ens ajudarà a realitzar millor l'atenció farmacèutica que per llei ens està donada.

Segons la meua opinió, aquest sistema fomentarà la comunicació de tots els professionals sanitaris que formen l'equip multidisciplinari de salut. També es reforçarà, per tant, l'assistència sanitària integral. Un primer pas per fer-ho són les reunions que el Servei Català de la Salut organitza per a la formació de metges i ATS i a les quals hi van els farmacèutics de les diferents àrees bàsiques.

Un repte de futur és aconseguir que tots els sistemes de recepta electrònica que es desenvolupen en cada autonomia siguin compatibles i el pacient pugui accedir a la medicació en tot el territori espanyol.

Pel que fa a la dispensació, la meua experiència és limitada, ja que a la ciutat de Lleida tot just hem començat, però he recollit impressions de companys farmacèutics de la província que ja compten amb alguns mesos d'experiència i comenten que és un procés ràpid i senzill, amb poques complicacions, però que requereix

Per a les farmàcies, la recepta electrònica suposa un cost afegit que pot compensar-se amb una reducció de les tasques administratives

una educació dels pacients.

Per a les farmàcies, suposa un cost afegit (telecomunicacions), que pot compensar-se amb una reducció de les tasques administratives. Perquè una cosa compensi l'altra, el procés d'implantació s'ha de realitzar de forma ràpida perquè la recepta electrònica desplaci la de paper en pocs mesos i aquesta quedi solament per a casos excepcionals (caiguda del sistema).

Daniel Manso Abizanda

Farmacèutic comunitari

Avenços tecnològics al servei de la medicina i el pacient

Per a molts ciutadans, el fet d'haver d'anar a la farmàcia a adquirir un medicament és un tràmit eventual pel qual han de passar molt de tant en tant. Ara bé, també hi ha un ampli sector de la població per al qual aquesta eventualitat es converteix en habitual. Des del punt de vista de l'usuari de la sanitat, aquest sector és el més afectat per la implementació del sistema de recepta electrònica.

D'ençà que va començar tímidament la seva implantació fa relativament poc temps, la recepta electrònica ha confirmat els beneficis que se li pressuposaven, així com algun problema no menor del qual també se sospitava.

Avantatges

Resulta obvi que qualsevol avenç tecnològic que ens permeti reduir la burocràcia, que ens simplifiqui la vida i que ens permeti guanyar temps i comoditat sempre és ben-

La recepta electrònica té una especial incidència en sectors com els malalts crònics o la gent gran

vingut. En aquest cas, afecta gairebé tota la població, si bé té una especial incidència en determinats sectors, com podrien ser, sobretot, els malalts crònics i la gent gran, que són persones necessitades, en molts casos, d'una ampla gamma de medecines que han d'administrar-se amb regularitat i freqüència.

Gradualment, es reduirà la imatge, tantes vegades repetida a les farmàcies, del pacient que hi acudeix amb un reguitzell de receptes en paper que escampa al mostrador. El salt de qualitat de vida en aquests pacients serà, de ben segur, espectacular.

La immensa majoria de les persones grans que acudeixen amb assiduitat a la farmàcia ho solen fer perquè necessiten una medicació constant. Aquestes persones se senten insegures davant tants papers, cadascun per a una medicació diferent. A certes edats, la tendència a les confusions i els oblitats augmenta i, amb aquesta, la por a equivocar-se, motiu pel qual tota innovació que simplifiqui els tràmits aporta tranquil·litat als pacients.

Un dels altres avantatges de la implantació d'aquest sistema és que el temps de registre i gestió de les receptes es reduirà enormement. La recepta de paper conté un codi de barres que n'ha de verificar l'autenticitat. Passar-les una a una pel lector és un treball extra, i obligatori, que s'afegeix a la recerca del medicament i el lliurament al client després que aquest hagi mostrat el DNI. La conseqüència d'un protocol tan llarg és l'acumulació de persones en el reduït espai de la farmàcia i les consegüents incomoditats.

El sistema, en aparença, és senzill. Hi ha una base de dades que compta amb una entrada personal per a cada pacient, on es detalla el seu historial clínic, les distintes línies de medicació que ha seguit i els medicaments que li han estat prescrits en el moment de la consulta. Per la seva part, el pacient compta amb una targeta sanitària

Els metges tenen informació en temps real dels medicaments prescrits als pacients i també dels retirats de les farmàcies

que l'identifica com a usuari i que permet que tant el farmacèutic com el metge puguin accedir al seu historial clínic i farmacològic.

Quan el metge prescriu el medicament a un malalt, ho fa teclejant-lo a l'ordinador i introduint la prescripció a la base de dades. Seguidament, el metge passa la targeta sanitària del pacient per un lector i imprimeix un full amb el llistat de medicaments que cal lliurar al pacient. El full porta un codi de barres que es llegeix a la farmàcia. De fet, aquest és l'únic requisit físic que hi ha en tot el procés.

Un cop a la farmàcia, es passa el full pel lector de codis i, a continuació, la targeta sanitària permet la comprovació de les dades del pacient. Simplement, el pacient rep els seus medicaments i se'n pot anar.

El fet que hi hagi un full de paper com a requisit té el seu sentit: juntament amb l'agilització del lliurament del medicament, un altre objectiu de la recepta electrònica és evitar el frau farmacèutic milio-nari a la salut pública.

És habitual que a les farmàcies hi vagi un familiar a recollir medicaments que, teòricament, són per a una persona gran, explicant que el malalt no es troba en condicions de sortir al carrer. Amb el sistema implantat es pot exercir més control sobre les irregularitats en el consum de medicaments per part d'un malalt, a més d'evitar el frau mitjançant la falsificació de receptes, ja que ara el codi de la targeta i el del full imprès pel metge hauran de coincidir. De fet, el full imprès serveix de comprovant de lliurament perquè el farmacèutic pugui cobrar els medicaments al Servei Català de la Salut.

Pel que fa a les prescripcions a llarg termini, també hi trobem un gran avenç. En el cas de pacients crònics o impedits, no cal que s'efectuï el cansat pelegrinatge del centre de salut a la farmàcia. Amb el nou sistema, les línies de medicació són programades amb mesos d'antelació i tant el metge

Es pot establir un flux de comunicació que permeti la detecció de casos d'abusos de medicaments

com el farmacèutic saben amb certesa quina és la quota mensual de fàrmacs. En aquest cas, no hi haurà cap impediment perquè un familiar vagi a buscar la medicació.

En un altre ordre de coses, també suposa un augment de la seguretat en l'ús dels medicaments. Amb aquest sistema s'eviten duplicitats i contraindicacions en la medicació. En moltes ocasions, en no comptar amb un historial, s'acabava recepitant medicaments semblants als que el pacient ja havia pres sense cap efecte beneficiós o, fins i tot, amb efecte perjudicial. La manca de control, i la manca d'historial, juntament amb la poca memòria del mateix pacient, portaven a aquest tipus de situacions.

D'altra banda, el sistema permet millorar la comunicació entre el farmacèutic i el metge. Es pot establir un flux de comunicació que permeti la detecció de casos d'abusos de medicaments o d'addiccions. Són comuns, fins ara, els casos de pacients que van acumulant medecines i se les van administrant sense cap control mèdic. Aquesta situació comporta l'ús de medicaments caducats o deteriorats, abusos i addiccions. La recepta electrònica probablement no ajudarà a eradicar aquests abusos i addiccions, però sí a mitigar-les, atès que hi haurà més control.

Inconvenients

Des del punt de vista de l'usuari de la sanitat, els inconvenients que hi veiem són escassos en comparació amb la multiplicitat d'avantatges. El principal inconvenient que hi trobem, almenys de la forma en què sembla que funciona el sistema, ve per la protecció de

les dades del pacient. Aquest ha de saber de quina manera ha estat organitzada la informatització dels historials clínics i qui hi té accés. A l'hora d'expedir la targeta sanitària, el pacient ha d'estar informat de qui tindrà accés a l'historial mèdic i farmacològic informatitzat i qui és la persona encarregada d'aquest fitxer. Tal com està configurat el sistema, sembla fàcil l'accés a aquest per part de qualsevol treballador d'un centre sanitari —metges, infermers, administratius— amb una simple contrasenya.

Un dels altres inconvenients, aquest temporal, és el desigual avenç en la implantació del sistema a tot l'Estat. Aquest fet provoca problemes en el cas de persones que es desplacen a una altra comunitat autònoma que encara estigui instaurant el sistema i tinguin prescrit un medicament via recepta electrònica.

També ens podem trobar amb típics problemes informàtics de "penjament del sistema", amb els innegables inconvenients que poden comportar.

Així mateix, no podem oblidar els inconvenients propis de la implementació d'un sistema nou que requereix un canvi de mentalitat i d'instruments, així com una inversió econòmica profunda. Evidentment, són problemes menors en relació amb els avantatges abans descrits. El sistema ha començat a caminar i els vertaders efectes, beneficiosos i perjudicials, els podrem mesurar d'aquí a un lustre, si no una dècada.

Avui dia, la implantació del sistema encara és lenta a les comarques lleidatanes. Segons dades facilitades pel Col·legi de Farmacèutics de Lleida, encara falta posar en servei el sistema de recepta electrònica al Solsonès i a la Vall d'Aran. Així mateix, el nombre de dispensacions via recepta electrònica és del 20 per cent a tota la província. Mancarien, potser, les oportunes campanyes d'informació per part de l'Administració per donar a conèixer el sistema i facilitar els tràmits d'obtenció de la targeta als pacients.

César J. Béjar Egido

Delegat d'Unió de Consumidors de Catalunya
Terres de Lleida

Nutrigenómica: una herramienta de futuro para la comunidad médica

Durante los últimos años se ha extendido el concepto de dietas personalizadas en la sociedad occidental como la solución a los trastornos de la salud derivados de una mala alimentación, pero ¿en qué consisten dichas dietas exactamente? El concepto de nutrición personalizada está basado en la búsqueda de marcadores genéticos específicos que ayuden a determinar el riesgo de una persona a padecer un determinado trastorno metabólico, como obesidad, enfermedades cardiovasculares o diabetes, para así poder realizar recomendaciones nutricionales personalizadas que disminuyan dicho riesgo. Es más, si la persona sufre ya de uno de estos trastornos, una vez conocidos los mecanismos por los que dichos marcadores influyen en el metabolismo para favorecer la aparición de la enfermedad sería posible realizar acciones concretas dirigidas a atenuar —e, incluso, erradicar— el

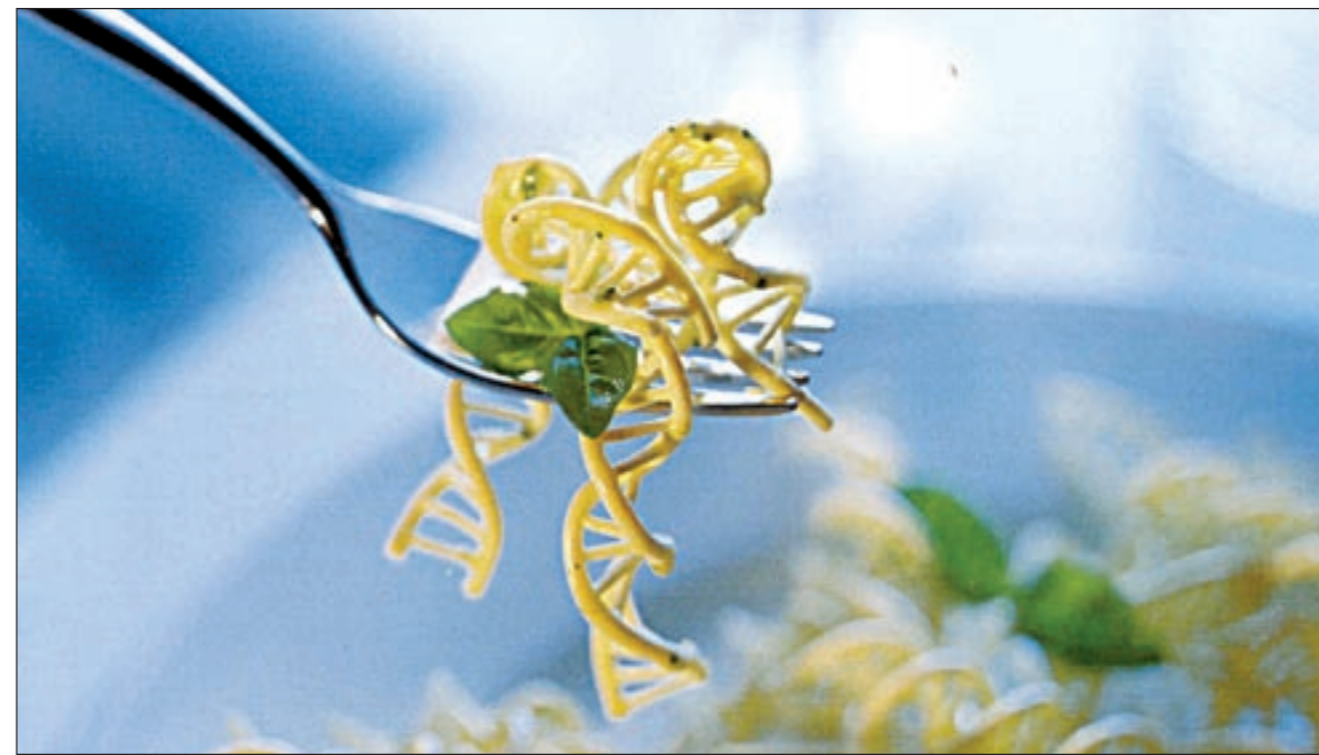
problema que afecta al paciente.

En el mundo occidental, durante el siglo XX, las enfermedades no infecciosas derivadas de unos hábitos de vida poco saludables (como pueden ser las enfermedades cardiovasculares) reemplazaron las clásicas enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad (Omran, 1971) y son, hoy en día, uno de los principales problemas sanitarios. Por tanto, cualquier ciencia que pueda mejorar nuestra calidad de vida a través de la dieta tiene asegurada desde el primer momento una elevada repercusión mediática. Tanto es así que métodos pseudocientíficos, como pueden ser recomendaciones nutricionales basadas en los grupos sanguíneos o los signos del zodiaco, copan los estantes de la sección de salud en las librerías. Este hecho es desafortunado por una doble razón: no sólo por su falta de base científica, sino

también porque su presencia refleja una demanda pública que deriva de la falta de alternativas realmente científicas más que de su interés y/o eficiencia intrínsecas.

¿Qué ha hecho la ciencia de la nutrición humana mientras tanto para responder a esta demanda? El estudio de la nutrición ha derivado, durante la última década, desde la epidemiología y la fisiología hacia la biología molecular y la genética. Varios factores han contribuido al cambio y desarrollo espectacular que ha experimentado esta disciplina. El primero y más importante es la secuenciación del genoma humano, que ha proporcionado una cantidad ingente de información cuyos primeros análisis han llamado la atención sobre la importancia de los genes en la nutrición humana y las patologías derivadas de la misma (Lander et al. 2001 y Venter et al. 2001). En segundo lugar, se ha observado que los nutrientes son potentes moléculas señaladoras que influyen en el funcionamiento metabólico celular (Francis et al. 2003). Finalmente, el estudio de la genética humana ha pasado del determinismo clásico (mutación = enfermedad / no mutación = sano) a un modelo probabilístico típico en el estudio de enfermedades complejas. De esta manera, ha sido más fácil para la comunidad científica reconocer el papel de los factores genéticos en la predisposición a padecer trastornos ligados a la nutrición, como pueden ser las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer.

La salud de una persona depende, por tanto, de factores tanto ambientales como genéticos (Willett, 2002), que son únicos para cada individuo, y, en



A l'hora d'expedir la targeta sanitària, el pacient ha d'estar informat de qui tindrà accés a l'historial mèdic i farmacològic informatitzat

consecuencia, sólo tiene sentido hacer recomendaciones nutricionales cuando se consideran ambos factores. Es decir, es erróneo pensar que una dieta estándar es adecuada para toda la población, porque no tendría en cuenta los factores genéticos individuales. De la misma manera que no podemos predecir el estado de salud de una persona basándonos únicamente en su perfil genético, sin tener en cuenta el medio ambiente, su dieta, su estilo de vida y su historial clínico.

La nutrigenómica, o genómica nutricional, podría responder perfectamente a las necesidades de la sociedad actual en cuanto a requerimientos nutricionales individuales, ya que considera tanto los factores ambientales (nutricionales) como los factores genéticos. En este sentido, es muy similar a la farmacogenómica, que estudia la influencia de la variación genética individual en respuesta a determinados fármacos. Así, de la misma manera que el objetivo de la farmacogenómica es la creación de fármacos a medida, adaptados a las condiciones genéticas de cada paciente, el objetivo de la nutrigenómica es la creación de pautas alimenticias individuales adaptadas a la carga genética individual y el estilo de vida de cada persona.

Sin embargo, la nutrigenómica tiene todos los ingredientes para no ser tomada en serio entre los profesionales de la salud: es una disciplina nueva, no está claramente definida y todavía no se ha realizado suficiente investigación sobre ella. Debido a estos factores, aunque la nutrigenómica lleva más de 10 años entre nosotros, sigue sin tener la consideración que por su importancia merecería en la comunidad médica. Y, sin embargo, las "dietas personalizadas" producen un gran interés en la sociedad, al responder a muchas de sus necesidades en materia de salud. Como muestra, la página web nutrigenomica.net, dedicada a la nutrición personalizada, ha recibido más de 10.000 visitas en medio año de funcionamiento. Pero ¿qué hay exactamente detrás de la nutrigenómica, y qué puede (y no puede) ofrecer para la mejora de la salud humana y la prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación?

¿Qué es la nutrigenómica?

La nutrigenómica es, básicamente, el estudio de las interacciones entre el genoma y los nutrientes, entendiendo genoma como un concepto amplio que abarca no sólo el ADN, sino también los patrones de expresión génica (transcriptoma, epigenoma), de producción de proteínas (proteoma) y de producción de metabolitos (metaboloma). Existen, por tanto, múltiples posibles combinaciones entre nutrientes, ADN, ARN, proteínas y metabolitos,

cuya interacción en las células del cuerpo humano y efecto en la salud es el primer objetivo de la nutrigenómica. Este escenario, ya de por sí complejo, se complica si consideramos que los nutrientes son, en realidad, mezclas de una gran variedad de compuestos a diferentes concentraciones. Por ejemplo, un producto de nuestra dieta relativamente simple, el vino, contiene no sólo diferentes tipos de alcohol (alcohol etílico, glicerol y butilenglicol, entre otros), sino también ácidos (tartárico, málico, cítrico, succínico, láctico y acético), azúcares (glucosa y fructosa, principalmente), sales minerales (potasio, sodio, magnesio, hierro y calcio), colorantes naturales (antocianinas y taninos) y otras sustancias en mínimas, pero relevantes, cantidades (sulfitos, aldehídos, ésteres y cetonas).

Ante esta complejidad de nutrientes, ADN, ARN, proteínas y metabolitos, ¿qué puede hacer la nutrigenómica? ¿Es quizás una utopía pensar que algún día podremos no sólo conocer todas las posibles interacciones entre nutrientes y biomoléculas, sino también las consecuencias en nuestra salud de dichas interacciones?

Para poder avanzar en el conocimiento, la nutrigenómica debe tener, en todo momento, unos objetivos científicos claros y bien definidos, compatibles con la tecnología y la ciencia contemporáneas. Actualmente, los objetivos de la genómica nutricional son principalmente dos, que marcan dos campos de investigación claramente diferenciados:

1. Entender cómo influyen los nutrientes en la homeostasis celular, alterando la expresión génica, la producción de proteínas y/o la producción de metabolitos. Es la nutrigenómica propiamente dicha.
2. Identificar las variantes genéticas que indican riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la nutrición, así como las bases moleculares de dichas predisposiciones, lo que se denomina nutrigenética.

1. La nutrigenómica y el estudio de las interacciones nutrientes-genoma

La investigación en nutrigenómica comienza a partir de la identificación de genes candidatos a interactuar

La nutrigenómica es el estudio de las interacciones entre el genoma y los nutrientes

con nutrientes, un paso en gran medida completado tras la secuenciación del genoma humano. Una vez identificados, se cuantifica su interacción con distintas moléculas a través de herramientas clásicas, como el uso de ratones transgénicos y modelos celulares. Posteriormente, el objetivo es descubrir la vía o vías metabólicas en las que se encuentran implicados estos genes y a través de las cuales se realiza la interacción nutriente-genoma.

Un ejemplo de la interacción entre nutrientes y genoma es el caso del metabolismo de los ácidos grasos. La mayor parte de los genes implicados en este metabolismo están regulados por uno de los tres miembros de la familia de receptores PPAR (peroxisome proliferator-activated receptors). Estudiando la interacción de estos receptores con diferentes tipos de nutrientes, se observó con sorpresa que todos ellos se activan a través de su interacción con diferentes ácidos grasos de la dieta, por lo que resultó evidente su función como sensores y reguladores del metabolismo de los ácidos grasos (Kliwer et al. 2001).

Una vez determinados los genes y las proteínas implicadas en las interacciones con los nutrientes, es posible desarrollar modelos de interacción entre genes, proteínas, metabolitos y nutrientes que permitirán detectar las señales de alarma (biomarcadores) que se generen tras una posible alteración del control homeostático causada por una alimentación mala o inadecuada.

2. Nutrigenética y dietas personalizadas

La nutrigenética estudia la influencia de las diferentes variantes genéticas individuales en la interacción entre dieta y estado de salud. Es una variación nutricional del papel clásico que la genética ha jugado en la determinación del riesgo de padecer una determinada enfermedad genética (Grody, 2003), ya que se centra en la detección de variantes génicas que influyen en el riesgo de padecer determinadas enfermedades relacionadas con la dieta. El estudio de los polimorfismos genéticos del genoma humano ha dejado claro que estos son determinantes a la hora de establecer los requerimientos nutricionales individuales. Por ejemplo, el gen de la metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR) presenta dos posibles nucleótidos en la posición 677 de la secuencia nucleotídica, una citosina (C) o una timina (T), lo que da lugar a dos posibles versiones de la proteína, una con el aminoácido alanina y otra con el aminoácido valina, respectivamente. Se ha observado que en aquellas personas que poseen la variante T en sus dos copias del gen (homocigotos TT), la enzima MTHFR



Dietas personalizadas a partir de tests genéticos a 80 voluntarios

tiene una actividad significativamente menor que en aquellas personas con dos variantes C (homocigotos CC) o con una variante C y una T (heterocigotos CT). Al ser vital esta enzima para mantener los niveles de homocisteína, estos individuos (que constituyen el 30-40% de la población europea) presentan habitualmente hiperhomocisteinemia, asociada a enfermedades cardiovasculares, defectos del tubo neural, esquizofrenia y determinados tipos de cáncer (Schwahn y Rozen 2001). Sin embargo, esta falta de actividad enzimática puede compensarse con la presencia de ácido fólico en la dieta, por lo que aquellos individuos homocigotos TT (individuos con la variante termolábil de la enzima MTHFR) que llevan una dieta rica en ácido fólico presentan unos niveles de homocisteína en plasma normales (Jacques et al. 1996).

En el futuro, el estudio de las variantes genéticas (single nucleotide polymorphisms, SNP) presentes en cada individuo podrá ayudar a ajustar las recomendaciones nutricionales para cada persona según su genotipo. Los avances en este campo se realizarán, probablemente, a gran velocidad, debido a dos factores principales:

1. La ingente cantidad de información sobre variantes genéticas en diferentes poblaciones humanas derivada de la secuenciación del genoma humano, así como su aplicación en estudios metabólicos y epidemiológicos.
2. La elevada demanda de este tipo de información por parte de la sociedad occidental, al ser una nutrición inadecuada un factor importante en la aparición y desarrollo de la mayor parte de las enfermedades de la sociedad occidental actual. De hecho, hoy en día existen un número elevado de compañías que ofrecen

análisis basados en la nutrigenómica/nutrigenética para optimizar la salud individual, aunque el tipo de información que ofrecen es, en muchos casos, si no en todos, excesivamente optimista sobre las posibilidades de sus resultados. Para el desarrollo de este tipo de asesoramiento nutrigenómico será crucial el descubrimiento de los mecanismos que unen dieta y estado de salud en función del genotipo.

Problemas y perspectivas de futuro de la nutrigenómica

Como resumen, los objetivos a largo plazo de la nutrigenómica son:

1. La identificación de aquellas moléculas que actúan como sensores/receptores de nutrientes, así como los nutrientes a los que son sensibles y los genes y vías metabólicas sobre las que actúan.
2. La medida y cuantificación de las variaciones en la expresión génica producida por los nutrientes en su interacción con sus receptores.
3. La comprensión de los procesos de desregulación metabólica producidos por nutrientes.
4. La identificación de genotipos de riesgo para el desarrollo de patologías relacionadas con la nutrición y cuantificación de su impacto en la salud.
5. El desarrollo de modelos y biomarcadores que permitan detectar señales de desregulación metabólica o estrés celular producidos por la dieta y que puedan desembocar en trastornos de la salud.

Los problemas con los que se encuentra la nutrigenómica para alcanzar estos objetivos son diversos y, en algunos casos, de difícil resolución con la tecnología actual. Uno de los problemas principales deriva del hecho de

que nuestra dieta está compuesta de una mezcla heterogénea de moléculas químicas, algunas de ellas en concentraciones relativamente bajas, que deben ser consideradas únicamente en el contexto de una exposición crónica a las mismas (como podría ser el caso del resveratrol presente en el vino tinto, con efectos positivos únicamente en personas que han tomado entre dos y tres copas de vino al día durante varios años). La pregunta a plantear es, por tanto, si será posible en algún momento la identificación de los mecanismos a través de los cuales actúan estos nutrientes presentes a tan bajas concentraciones.

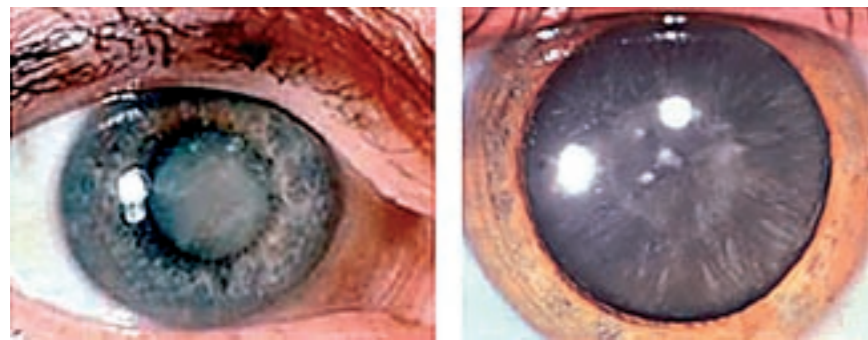
Un segundo problema sería común con la genómica y la genética clínica: la mayor parte de las enfermedades con base genética están causadas por la interacción entre múltiples genes y variantes alélicas, por lo que es difícil, aunque no imposible, la comprensión de sus bases moleculares.

¿Cuál será el impacto de la nutrigenómica en el futuro? A corto plazo es difícil de precisar, pero lo que está claro es que su mayor contribución a la salud humana del siglo XXI será a largo plazo, cuando evolucione y pase de ser una ciencia puramente experimental a ser una ciencia aplicada más exacta.

Dr. David de Lorenzo
Departament de Ciències
Mèdiques Bàsiques
Facultat de Medicina
- Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFÍA:

- Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971; 49 (4 (Pt 3)): 509-38.
- Lander et al. Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature* (2001); 409 (6822): 860-921. Venter et al. The Sequence of the Human Genome. *Science* (2001); 291 (5507): 1304-51.
- Francis et al. Nuclear receptors and the control of metabolism. *Annu Rev Physiol* (2003); 65: 261-311.
- Willett. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science* (2002); 296 (5568): 695-8.
- Kliwer et al. Peroxisome proliferator-activated receptors: from genes to physiology. *Recent Prog Horm Res* (2001); 56: 239-63.
- Grody. Molecular genetic risk screening. *Annu Rev Med* (2003).
- Schwahn B, Rozen R. Polymorphisms in the methylenetetrahydrofolate reductase gene: clinical consequences. *Am J Pharmacogenomics* 1 (2001); 3: 189-201.
- Jacques PF et al. Relation between folate status, a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase, and plasma homocysteine concentrations. *Circulation* 1996 Jan; 93 (1): 7-9.



Se puede usted operar de cataratas

En las consultas oftalmológicas de pacientes mayores de setenta años, la catarata y su cirugía está directa o indirectamente presente en la mayoría de los casos, y la pregunta: “¿Tengo cataratas, doctor?” y la que sigue: “¿Me tengo que operar?” las oímos una y otra vez. Responder a la primera pregunta es muy fácil, pues la mayoría de estos pacientes tienen un grado mayor o menor de opacidad en el cristalino, pero responder a la segunda pregunta, “¿Me tengo que operar?”, a veces no lo es. Una respuesta afirmativa a la primera pregunta no presupone una respuesta afirmativa a la segunda. Los límites de la indicación con respecto al pasado se han difuminado en extremo.

En el pasado –ahora todos los pasados son lejanos– la cirugía de la catarata siempre resultaba una cirugía “seria”. Hace menos de treinta años, la cirugía habitual de la catarata consistía en extirpar la totalidad del cristalino. Esta técnica comportaba anestesia general muchas veces, un ingreso más o menos largo, mayores probabilidades de complicaciones y un resultado óptico y visual nada halagüeño. Tras la cirugía los pacientes debían llevar unas gruesas gafas con cristales de once dioptrías en la visión lejana y algo más en la cercana, con visiones muy distorsionadas en los laterales y poca profundidad de campo, pero era visión, al fin y al cabo.

Así, sólo a los que estaban en condiciones visuales lamentables les resultaba aceptable esta cirugía, y no eran pocos los que iban al quirófano ya ciegos. Si atendemos al refrán que dice que “con hambre no hay pan duro”, sólo en condiciones de ceguera o próximas a ella resultaba satisfactoria esta cirugía, porque donde no hay nada, todo suma y nada resta.

Pero los tiempos cambian, y más tarde –en los ochenta– esta cirugía cambió radicalmente con la aparición de las

lentes intraoculares. Para facilitar aún más las cosas, en los años noventa se generalizó la facoemulsificación, que utiliza los ultrasonidos para la extirpación del núcleo del cristalino. Con la facoemulsificación, la *faco*, la cirugía se volvió rápida, ambulatoria, cómoda y eficaz, con resultados visuales próximos a la normalidad, con la ventaja añadida de poderse mejorar las condiciones refractivas previas a la cirugía, dándose el caso de no ser pocos los pacientes que se operan atendiendo sólo a este motivo.

La cirugía se volvió rápida, ambulatoria, cómoda y eficaz con la facoemulsificación

Está claro que a menor agudeza visual (AV) y mayor deterioro de la visión, mayor será la indicación; y al contrario, a mayor AV y mejores condiciones visuales, esta indicación será menor. Pero, ¿dónde está el límite? Intentaré responder a esto bajo mi criterio personal:

- Las AA.VV. inferiores a 4/10 estarían indicadas en términos generales para la cirugía, y para las superiores a 6/10 yo no la aconsejaría. Entre 5/10 y 6/10 dependerá de las necesidades del paciente y de su voluntad.
- Por edad: a menor edad, mayor indicación, pues las necesidades visuales de pacientes en edad laboral son mayores, sobre todo si estos pacientes necesitan conducir.
- Por la situación laboral: cabe tener en cuenta que a los pacientes con carné de conducir de clase B2 o superior se les exige 8/10 en el ojo mejor y al menos 5/10 en el peor. Una AV inferior exigirá la cirugía o el paciente perderá su trabajo.
- Por patología asociada: algunas patologías mejoran o son más fáci-

les de controlar tras la cirugía de cataratas –como es el caso de algunos glaucomas– y en otras la cirugía supone un factor de riesgo. Un caso especial supone la DMAE, pues para muchos oftalmólogos, y según algunas literaturas, el riesgo de progresión es mayor tras la cirugía de la catarata. Otros niegan esta progresión. Yo, por mi ejercicio, diría que progresa, sobre todo en DMAE húmedas. Una DMAE no es una contraindicación, pero sí un factor a tener en cuenta, y yo lo recalcaría en el consentimiento informado. Lo que nadie discute es que las córneas se llevan la peor parte y, con un endotelio corneal bajo mínimos, hay que tener razones muy poderosas para indicar la cirugía. También es muy frecuente que en un paciente senil se asocie un síndrome de ojo seco y que el paciente, mal informado, crea que éste va a mejorar tras la cirugía. Pero lo que va a suceder casi con toda seguridad es que la patología de superficie va a empeorar, al menos temporalmente.

• Situaciones refractivas previas: algunos pacientes se operan sólo atendiendo a esto, sobre todo miopes magnos, con lo que entraríamos en cirugía refractiva pura y dura. Si no es una indicación absoluta, al menos es algo a tener en cuenta. Y también podemos desaconsejar cirugías unilaterales si dan lugar a anisometropías difíciles de manejar.

¿Y qué hay de las contraindicaciones? Hoy en día las contraindicaciones a la cirugía de la catarata son puntuales y excepcionales, por lo que sólo podremos, en todo caso, desaconsejar la misma. A mayor libertad, mayor responsabilidad, y si tenemos mayor libertad para indicar, tenemos más responsabilidad en ello. Pero tomar una decisión correcta no nos corresponde a nosotros solos. Con una información adecuada al paciente, éste debe decidir por sí mismo y, de esta forma, también será responsable de su decisión. Estas cosas son las que pesan en el consentimiento informado, que para eso está.

En resumen: antes solíamos decir: “Se tiene usted que operar de cataratas”, y hoy tendríamos que decir: “Se puede usted operar de cataratas”, y para ello sólo necesita los elementos de juicio necesarios para tomar correctamente tal decisión, elementos que, eso sí, se los tenemos que dar claros.

Dr. Fernando Albano Rivares
Oftalmólogo miembro de la Sección Oftalmológica de Lleida (SOLL)

Entre el respecte i la dignitat

Diario Médico publicava, el 10 de febrer, una notícia sobre la sentència dictada per un jutjat de Múrcia que absolia un metge acusat de desatenció a una malalta. Aquesta notícia no tindria cap transcendència mediàtica si no fos per la singularitat de la denúncia penal, que imposava a la usuària el pagament de les costes del judici.

El text publicat relatava que el telèfon mòbil de la denunciada va sonar en el moment en què ella accedia a la consulta del metge per recollir unes receptes per a la seva mare i un germà, tots dos malalts. La pacient va encetar una conversa privada, que no va interrompre tot i les reiterades demandes del facultatiu fins que ella ho va decidir. Un cop finalitzada la trucada, el metge va comunicar-li que no la podia atendre, ja que ja havia esgotat el temps del seu torn de consulta.

És habitual que els telèfons mòbils dels malalts i dels seus familiars sonin mentre són a la consulta mèdica. Per aquesta raó, la sentència del jutjat de Múrcia és rellevant en la mesura en què pot encetar un camí adequat en el tractament d'aquelles persones que no respecten les normes d'educació i de respecte més elementals.

La revolució dels sistemes de comunicació que vivim actualment, inclòs el de la telefonia, faciliten les relacions i els contactes amb els altres. D'altra banda, però, es fan presents en els moments més inesperats de l'activitat quotidiana interferint de manera sobtada: tallen el fil d'una conversa, l'audició d'un concert o la concentra-

És habitual que els mòbils dels malalts sonin mentre són a la consulta

No es tracta d'una qüestió de cortesia ni de bona educació, sinó de consciència i de valors

Aquesta actitud també menysprea el mateix sistema sanitari

ció en l'estudi.

El respecte més elemental a la persona obliga a concentrar l'atenció mentre mantenim una conversa, evitant interferències de tercers o distraccions d'altra mena. Si aquesta conversa o relació està motivada per la petició d'una prestació professional, encara cal estar més atent, tal com correspon a la importància i transcendència del tema.

Considero que no es tracta d'una qüestió de cortesia ni de bona educació, sinó de consciència i de valors. Es tracta d'entendre que l'altre és persona igual que jo i que, com a tal, té una dignitat que cal respectar. Només

així, des del respecte als altres, podem estructurar una societat ordenada.

D'altra banda, i en relació amb el cas que comentem, no podem oblidar que el metge treballa en un sistema on els temps d'atenció al malalt en l'assistència primària són insuficients en relació amb el nombre de les persones que requereixen atenció mèdica. Això obliga a aprofitar tot el temps disponible per a cadascuna de les visites per garantir l'assistència a tothom. Així, un comportament que demora la prestació assistencial donant preferència a qüestions alienes, tal com va fer la denunciada, acredita un cert menyspreu envers el professional que realitza la prestació mèdica. A més, aquesta actitud també menysprea el mateix sistema sanitari, atès que a l'hora d'optar entre la prestació sanitària i la conversa telefònica, s'ha considerat preferent aquesta última.

Així, coincidim amb la decisió del metge de Múrcia, que, una vegada esgotat el temps previst per a la visita, comunica a la pacient que no la pot atendre perquè el seu torn ja ha passat mentre parlava per telèfon. El desenllaç final del conflicte assistencial, amb una sentència que absol el metge i imposa les costes a la denunciada, és, en si mateix, una lliçó que ens ha d'ajudar a entendre que la convivència en una societat madura i democràtica es basa en el respecte cap als altres, abans que en la idolatria del jo.

J. Corbella i Duch
Advocat

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

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

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

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**



Els metges també gestionem Mutual Mèdica

Mutual Mèdica és una entitat de previsió social sense ànim de lucre, creada per metges i al servei dels Metges. El Consell d'Administració està format només per metges, que vetllen per oferir les assegurances específiques que el nostre col·lectiu necessita. La gestió dels recursos amb seguretat i prudència ens permet oferir la màxima capacitat asseguradora amb la màxima garantia: el marge de solvència de Mutual Mèdica supera en 3,5 vegades el mínim legalment exigít.



MutualMèdica

De metge a metge

