

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 80 · Gener de 2010

**Incentivar la recerca
a Atenció Primària**

La seva solució professional

La nostra experiència en el sector assegurador sanitari ens permet oferir el millor assessorament integral per a vostè, el seu consultori i els seus col·laboradors.

- Multirisc de la clínica o consultori.
- Responsabilitat Civil per a Administradors i Directius (D & O).
- Responsabilitat Civil Professional per a Societats Mèdiques.
- Cobertura de Responsabilitat per Protecció de Dades.
- Assegurances col·lectives per als treballadors.
- Assegurança de baixa diària per a metges.



Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984

www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 80, gener del 2010

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:

Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esqueda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matías-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

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

EDITORIAL

Recerca a Atenció Primària

La medicina primària és el principal pilar en què se sustenta gairebé tot el pes de la medicina. Els metges de primària no arriben al 35% del total de professionals i carreguen amb el 80% de l'activitat assistencial, la qual cosa comporta que la docència i la recerca quedin en un segon terme i que, fins fa 5 o 6 anys, aquesta fos gairebé inexistent. La recerca, abans, estava en mans de grups especialitzats de les universitats i dels hospitals, als quals anava a parar tota l'atenció de les administracions i el finançament de les institucions públiques i privades. Des de fa pocs anys, i gràcies a fundacions d'institucions públiques, la recerca en primària ha començat a emergir d'una manera tímida, però ja comença a ser reconeguda al país, i també internacionalment. Costarà avançar, perquè encara hi ha grans dificultats: la gran pressió assistencial, la manca de formació i assessorament, la dificultat de finançament, la poca valoració de la recerca en la promoció professional i la dispersió dels professionals i grups, una situació que no es dona a l'hospital ni a la universitat. Els interessos dels hospitals, universitats, especialistes, indústria farmacèutica i entitats financeres tampoc convergeixen cap a la primària, sinó que van dirigits a grups potents d'investigació potents, que seran els que aportaran prestigi a la institució i així tancaran el cercle. Cal que els grups que lideren la recerca puguin accedir als estrets i tancats cercles que financen i gestionen aquesta tasca.

En tot cas, s'està cimentant l'edifici i, quan la primària assoleixi el lloc que li correspon, això es traduirà en una millora en l'atenció al pacient, en una major motivació personal i professional i en una major eficiència del sistema, ja que la recerca de la primària actuarà, al final del procés, en l'atenció diària. Institucions polítiques, sanitàries i universitàries han de ser les responsables del canvi, juntament amb la voluntat dels professionals de primària.



SUMARI

Maneig del pacient agressiu: definició i tractament

El Dr. Melé, la Dra. Mora, la Dra. Cabezas i la Dra. Pablo tracten el tema des de quatre perspectives diferents

08

Descripcions anatòmiques a la "Ilíada"

Josep Corbella analitza l'origen del vocabulari mèdic repassant aquesta destacada obra clàssica

29



Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries del 15 de desembre de 2009 i del 12 de gener de 2010, ha acordat i/o tractat, els següents assumptes:

- El Departament de Salut i el COMLL han signat un conveni específic per executar el conveni marc de col·laboració que implementa la utilització de la signatura electrònica dels professionals sanitaris en diferents projectes del sistema d'informació. Ara, el Col·legi podrà rebre ajudes per a la implantació d'aquesta tecnologia.

- S'ha publicat al BOE de 23 de desembre de 2009 la Llei 25/2009 de modificació de diverses lleis per adaptar-se a la llei sobre el lliure accés a les activitats de serveis i el seu exercici (Llei Omnibus). El text obliga a assolir nous conceptes, situacions i regulacions per als organismes col·legials. El COMLL i el Consejo General de Colegios Médicos han iniciat l'estudi per implementar aquestes mesures legislatives.

- La Fundació Patronato de Huérfanos de Médicos ha ofert, a partir del mes de gener de 2010, una nova prestació per a metges i metgesses interns en centres geriàtrics de 450 € al mes, sempre que els ingressos del col·legiat/da no superin els 2.500 € al mes.

- Societats professionals que s'han inscrit en el registre col·legial durant el mes de novembre de 2009: Instituto Lleida de Oftalmologia, SLP (25SP00013); Carles Burrial i Roman Surroca Traumatòlegs Associats, SLP (25SP00014); Sagué-Herrera, SCP (25SP00015), i Gimeno Monyart, SLP (25SP00016).

- S'han adequat alguns programes informàtics de gestió de serveis col·legials a través de l'empresa Sage Logic Control.

Moviment col·legial del mes de desembre

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat, durant el mes de desembre de 2009, 4 baixes i 3 altes: Juan Carlos Muñoz Bartels (n. 4416), Eliot Ramírez Mirabal (n. 4417) i Eva Sáenz Lara (n. 4418). El COMLL tanca l'any 2009 amb un total de 1.665 metges col·legiats.

- El COMLL ha concedit, amb càrrec al pressupost de l'exercici 2009, ajuts econòmics per a l'organització de cursos, congressos, etc. per un import de 1.861,90 € per a quatre activitats. S'han desestimat quatre sol·licituds.

- El DOGC núm. 5532, del 23 de desembre de 2009, publica la resolució per la qual es declara l'adequació a la legalitat de l'adaptació dels estatuts del COMLL a la Llei 7/2006, del 31 de maig, de l'Exercici de les Professions

Nombre de metges col·legiats a Lleida

El nombre de metges col·legiats a Lleida, el 31 de desembre de 2009, és:

	TOTAL	HOMES	DONES
TOTAL	1.665	912	753
Menors de 35 anys	275	79	196
De 35 a 44 anys	419	163	256
De 45 a 54 anys	539	306	233
De 55 a 64 anys	277	219	58
De 65 a 69 anys	51	43	8
De 70 anys i més	104	102	2
No consta	0		

El nombre de metges col·legiats segons la seva situació laboral, el 31 de desembre de 2009, és:

	TOTAL	HOMES	DONES
TOTAL	1.665	912	753
No jubilats	1.522	738	739
Jubilats	143	129	14
No consta	0		

Modificació dels estatuts col·legials

El COMLL ha modificat els estatuts col·legials per incorporar les novetats legislatives dels darrers anys. Així, els estatuts s'han adaptat a la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'Exercici de les Professions Col·legiades i dels Col·legis Professionals, i a la Llei 2/2007, de 15 de març, de Societats Professionals.

Titulades i dels Col·legis Professionals, i disposa la seva inscripció al Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat. L'entrada en vigor del nou text serà un mes després de la seva publicació.

- Quotes col·legials: entrada en vigor, amb efectes l'1 de gener de 2010, del nou import de la quota, establerta per l'Assemblea del 30 de març de 2009 en 60 € per trimestre per membre. A l'aportació a la Fundació Patronat d'Orfes de Metges Príncep d'Astúries no se li aplica cap pujada, i queda per 23,77 € per trimestre per col·legiat.

- Formació continuada: el dia 21 de gener de 2010 s'inicia el XXVII Curs de Formació Continuada en Pediatria, organitzat pel COMLL, l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida i la Societat Catalana de Pediatria (Veguera de Lleida), que finalitzarà el 25 de març.

150.000 € per al número de Nadal del COMLL

El número 33499 del sorteig de la Loteria de Nadal, que va distribuir el COMLL entre els col·legiats i col·legiades, ha estat agraciats amb 5 € per euro jugat. L'import total d'aquest premi menor, que ha correspost als membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, arriba als 150.000 €.

El Servei Català de la Salut i la CAMFiC simplifiquen els tràmits administratius en l'Atenció Primària

La manca de temps i el creixement de la demanda són dos dels entrebancs amb què es troben el sistema sanitari català i els seus professionals. L'envelliment de la població, l'elevat diagnòstic de patologies cròniques i una gran varietat de situacions de tipus social són altres elements adversos que afecten les consultes d'Atenció Primària.

Aquest entorn fa que els metges atenguin un 40% més de persones que els seus homòlegs de la resta d'Europa, malgrat que la mitjana de pacients assignats no es diferencia tant. Es calcula que una part important del temps dels metges de família, que oscil·la al voltant d'un 30%, es dedica a tasques burocràtiques que es podrien simplificar, racionalitzar i, en molts casos, eliminar, ja que no representen millores en l'atenció al pacient. Els principals experts en millora de l'Atenció Primària indiquen que cal dedicar més temps a activitats preventives, control del pacient crònic, visites a domicili, cirurgia menor, recerca, docència, etc. Per tant, en una situació de manca de metges a la sanitat pública no és eficaç que aquests dediquin un terç del seu temps a activitats burocràtiques i administratives.

El Servei Català de la Salut i la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària) han arribat a un acord per simplificar alguns tràmits administratius i millorar la situació actual, que va ser presentat en el darrer congrés de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) i celebrat a Barcelona el passat mes de novembre de 2009. L'acord també compta amb el suport de l'Institut Català de la Salut, la Unió Catalana d'Hospitals, el Consorci Hospitalari de Catalunya i el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Arran de l'acord, s'han redactat dues instruccions i una guia informativa per a l'usuari. Les instruccions fan referència als informes de salut i als criteris de millora de la coordinació, continuïtat

Els metges d'AP atenen un 40% més de persones que els seus homòlegs europeus

L'acord suposarà una descàrrega de tasques burocràtiques per al metge de família

El pacient tindrà més informació de la seva evolució

assistencial i tractaments farmacològics entre l'Atenció Primària i l'atenció especialitzada. El resultat comprometrà tots els implicats i suposarà una descàrrega de tasques burocràtiques per al metge de família. Així, es produiran beneficis directes per als usuaris eliminant tasques innecessàries, però també aquelles que es fan de forma poc eficient o per delegació inapropiada des d'altres nivells.

Alguns dels acords són possibles gràcies a la implantació progressiva de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), com, per exemple, la recepta electrònica i la història clínica compartida, que facilitaran la comunicació i la gestió de la informació entre els nivells assistencials.

Millora de l'atenció als pacients

Els usuaris dels serveis de salut s'estalviaran desplaçaments i consultes destinades a obtenir receptes, derivacions, etc., ja que, amb els nous

acords, la relació entre nivells assistencials millora. El pacient tindrà un major control de tots els aspectes del seu seguiment, medicació i pla de cures, i seguirà tenint l'assessorament del seu metge de família per assumir només aquelles gestions burocràtiques que li facilitin avançar en el procés sanitari i resoldre els seus problemes de salut.

A partir del 15 de gener de 2010, els metges de família deixaran de fer les tasques burocràtiques que no els pertocuen, d'acord amb les instruccions abans esmentades que es detallen a continuació.

La derivació d'un metge d'urgències, d'un especialista hospitalari o d'un metge d'atenció especialitzada a un altre metge d'atenció especialitzada no requerirà la intervenció del metge de família. En la majoria dels casos, el metge d'Atenció Primària no haurà de formar part del circuit pel que fa a proves complementàries, ja que el responsable de generar una prova serà el metge que la sol·licita. Per tant, aquestes proves s'hauran de programar al mateix centre on es generen, així com les visites successives de l'atenció especialitzada, que s'hauran de programar des del centre o servei on sorgeixen.

El metge d'atenció especialitzada, una vegada hagi valorat el pacient, haurà de fer arribar al metge d'Atenció Primària un informe clínic en el qual hi haurà de figurar la prescripció o recomanació del tractament, les proves realitzades, el diagnòstic i la pauta de seguiment. En cas contrari, el metge de família no es farà responsable de la renovació del tractament.

Si el metge de l'atenció especialitzada, hospitalari o d'urgències prescriu un nou medicament, l'haurà d'introduir a la recepta electrònica o donar la primera prescripció en una recepta mèdica oficial del CatSalut. D'altra banda, seran els centres o hospitals on s'hagin prescrit els medicaments els encarregats de validar ells mateixos els medicaments que ho requereixin.

En cap cas els metges de família tindran l'obligació de prescriure una medicació si no hi estan d'acord, tot i que l'hagi indicat un altre professional del sistema públic de salut. Un metge de família, després d'haver vist la història clínica del pacient, haurà de conciliar la medicació prescrita o recomanada en consultes externes/especialitzades amb la que prèviament estava prenent el pacient, amb la finalitat de millorar la seguretat del tractament, l'adherència i la comprensió per part d'aquest. El metge de família, doncs, haurà de disposar de la informació de les llistes d'espera de l'atenció especialitzada. Aquests professionals només podran certificar o justificar aquells aspectes derivats d'un acte assistencial o que estan documentats a la història clínica. És a dir, l'informe de l'estat de salut

del pacient o el certificat de salut. En aquest sentit, el metge de família no tindrà l'obligació d'informar o certificar sobre l'aptitud per a la realització d'activitats esportives, de lleure o professionals (oposicions, demanar subvencions, etc.). Aquest informe o certificat de salut el podran emetre tant els metges d'Atenció Primària com els de l'atenció especialitzada.

D'altra banda, els justificants de baixa es podran donar a la unitat d'atenció a l'usuari, sempre que es disposi de signatura electrònica o estiguin signats pel metge corresponent. En canvi, els justificants de visita es podran recollir directament a les unitats d'atenció a l'usuari i no a les consultes del metge, mentre que els justificants escolars són competència dels pares del menor i, per tant, seran aquests els que hauran d'acreditar davant del centre si el seu fill ha estat malalt. Finalment, la treballadora social, la infermera o el metge de família podran expedir el certificat de vida.

Comissió de seguiment

Per tal de fer el seguiment d'aquest acord, es crearà una comissió formada per representants de tots els sectors i àmbits implicats. Aquesta comissió ha de facilitar criteris d'actualització permanent i potenciar i intensificar actuacions específiques que simplifiquin el tràmits administratius i millorin la coordinació entre nivells assistencials. S'estudiaran els elements desburocratitzadors que no han estat recollits a les instruccions aprovades, amb l'objectiu de presentar propostes que hi aportin solucions (exemples: canvis en la reglamentació de la IT, informe únic per a Insero, ICASS, Benestar Social i ajuntaments, recepta d'estupefaents informatitzada, certificació mèdica de salut als Mossos d'Esquadra i mestres que s'incorporen al seu lloc de treball, etc.).

Documentació

Instrucció 07/2009. Criteris i actuacions de millora de la coordinació i continuïtat assistencial, accessibilitat i resolució, i de millora de la continuïtat dels tractaments farmacològics entre Atenció Primària i atenció especialitzada.

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/historic_instruc.htm#072009

Instrucció 06/2009. Emissió d'informes de l'estat de salut o, si escau, de certificats de l'estat de salut.

http://www10.gencat.net/catsalut/cat/historic_instruc.htm#062009

Guia informativa per a l'usuari http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/instruccions/tramits_mes_agils_CAP.pdf

Josep Maria Sagrera Mis
Vicepresident de la CAMFIC



Dinar de Nadal de la Secció de Metges Jubilats



Metges jubilats i les seves parelles en el dinar de Nadal

Assemblea i dinar de Nadal dels metges jubilats

La Secció de Metges Jubilats de la COMLL va celebrar, el passat 17 de desembre de 2009, l'Assemblea Ordinària. Els quinze membres presents a la reunió van aprovar per unanimitat l'acta de l'Assemblea anterior i el tancament del compte d'ingressos i despeses de

2009. Posteriorment, els assistents, juntament amb les seves parelles i amb els vidus dels companys, van fer el tradicional dinar de Nadal a l'hotel NH Pirineos, al final del qual hi va assistir la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.



D'esquerra a dreta, Dr. Infiesta, Dr. Ribera, Dr. Capdevila i Dr. Galindo

XIII Jornada ORL i Atenció Primària

L'Hospital de Santa Maria de Lleida va organitzar, el passat 12 de desembre de 2009, la XIII Jornada d'ORL i Atenció Primària, en col·laboració amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. A l'acte, que va tenir lloc a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, hi van assistir 146 participants. En aquesta ocasió, el tema principal del debat van ser les àlgies craneofacials (des de tots els vessants mèdics possibles): mal de cap, migranyes, sinusitis, neuràlgies, etc, que suposen un vint per cent del conjunt de patologies que s'observen en una consulta d'assistència primària. Per aquest motiu, tenen un caràcter prevalent sobre la resta, ja que, per

exemple, el noranta per cent de la població pateix mal de cap algun cop al llarg de la seva vida.

Els aspectes que s'associen a aquest tipus de patologies són el dolor, que comporta una situació urgent que s'ha de resoldre; la visió multidisciplinària, que inclou moltes especialitats; la diversitat de tractaments per curar-les; l'associació recurrent amb altres patologies, i l'aparició de malalts crònics. Aquest seguit de factors provoca, en molts casos, un excés d'automedicació que comporta una alta despesa en fàrmacs i recursos. Aquesta automedicació pot ser directa (amb proves complementàries, ingressos, estudis, etc.) o indirecta (vida laboral, qualitat

de vida, etc.).

Aquesta vegada, com en la resta de jornades, la qüestió de les àlgies craneofacials es va abordar des d'una visió multidisciplinària, per tal de comprendre de la millor manera possible els mecanismes d'afectació d'aquest tipus de patologies i el tractament més eficaç per a cada una.

L'organització vol expressar el seu agraïment a tots els ponents que van participar en l'acte (Dr. Palomar, Dr. Montero, Dr. Purroy, Dr. Peñasca, Dra. García i Dr. Galindo), a les autoritats que van presidir la trobada, als centres (UdL) i als hospitals i, sobretot, als assistents, perquè sense ells aquestes jornades no tindrien raó de ser.

La V Jornada de Tabaquisme versa sobre la prevenció

La Unitat de Tabaquisme de l'Hospital Santa Maria de Lleida ha organitzat pel proper 26 de febrer la V Jornada de Tabaquisme Experiències en prevenció. La trobada, que va adreçada als professionals de la salut i de l'educació, donarà a conèixer noves iniciatives en la prevenció del consum, així com consells per aprendre estratègies i evitar recaigudes.

El director dels Serveis Territorials de salut a Lleida, Sebastià Barranco, inaugurarà la V Jornada de Tabaquisme, que se celebrarà

durant tot el matí a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Les xerrades versaran especialment sobre la prevenció

del tabac a l'escola i la publicitat emmascarada present en

el cinema, adreçada als adolescents. El Sots

director d'Àrea d'Addiccions de l'Hospital de Santa

Maria, Dr. Xavier Samper, parlarà sobre la

recaiguda. Finalment,

la conferència

El tabac, nou repte

socioeducatiu clourà la jornada.



Jornada "No Sólo Ojos"

La Secció de Metges Oftalmòlegs del COMLL va organitzar, del setembre al desembre de 2009, les III jornades No sólo ojos. Aquesta darrera edició es va centrar en diferents cursos sobre concordances, controvèrsies i interaccions entre oftalmologia i medicina (CCIOM). Així, el dijous 17 de setembre es van tractar les *Manifestacions neurooftalmològiques i modalitats terapèutiques de la hipertensió intracranial*. El dijous 15 d'octubre, es va abordar *Obstruccions de la via lacrimal*. El 19 de novembre es va parlar sobre *El tercer ull en la història en l'art i la ciència* i en l'última sessió, el dijous 10 de desembre, es va exposar *El zigoma com a punt de trobada de dues especialitats*. Totes les xerrades van anar a càrrec de metges especialitzats en la matèria, que actualment treballen a Lleida o en altres punts de la geografia espanyola.

Incentivar la recerca a l'Atenció Primària

La recerca a l'AP s'ha incrementat en els últims anys, tot i que al nostre país encara està poc desenvolupada. Per aquest motiu, BUTLLETÍ MÈDIC posa sobre la taula el tema, amb l'opinió de vuit professionals que debaten sobre la necessitat de fomentar aquesta recerca, juntament amb l'assistència i la docència.

La recerca a l'Atenció Primària

La conferència de la OMS-Unicef d'Alma-Ata va definir l'Atenció Primària de Salut (APS) com l'assistència essencial, basada en metodologies i tecnologies pràctiques, científicament fundades i socialment acceptables, amb esperit d'autoresponsabilitat i d'autodeterminació.

En essència, l'APS contempla elements conceptuals bàsics d'integració, basada en el treball en equip, comunitari, participatiu, docent i investigador. La investigació és un dels ítems primordials que permet avançar en la millora de l'atenció al pacient, en el desenvolupament professional i en l'eficiència del sistema sanitari.

Si tenim en compte que els coneixements sobre la salut i la malaltia són el resultat de la contribució d'un ampli ventall de disciplines científiques (anatomia, microbiologia, medicina clínica, demografia, etc.) i que cadascuna d'aquestes disciplines té un àmbit òptim d'aplicació, entre els quals s'hi troba, evidentment, l'àmbit de l'APS, podem afirmar que fer recerca en l'atenció primària és imprescindible.

Tanmateix, l'àmbit hospitalari és la institució que ha realitzat històricament la recerca de qualitat, mentre que per a l'APS, més centrada en els aspectes assistencials, la recerca ha estat una faceta secundària.

De fet, la realitat és que, tot i que l'assistència, la docència i la recerca estan indissolublement unides, el grau d'implicació en cadascuna de les activitats dels professionals

que integren l'APS és molt divers. Malgrat algunes excepcions, hi ha un clar predomini de l'aspecte assistencial en detriment de les altres dues. És factible que a l'APS tothom consideri la visita mèdica preceptiva, mentre que el fet d'investigar es vegi com una cosa més aliena. El resultat avui dia és ben clar: la recerca continua sent un camp poc desenvolupat a l'APS del nostre país.

Tot i que existeixen molts estudis fets a l'APS —només cal veure les memòries de les unitats docents de Medicina Familiar i Comunitària—, sovint els treballs són amb mostres reduïdes i de caràcter local per presentar en congressos i/o jornades. Aquests treballs tenen poc impacte i contribueixen ben poc a incrementar tant el coneixement en general com el prestigi de l'especialitat. Encara són pocs els estudis realitzats que es formalitzen en grups de recerca consolidats amb publicacions a revistes de prestigi. Es podria dir que les organitzacions actuals no són gaire entusiastes a l'hora de potenciar la recerca a l'APS.

Des de fa anys, tant l'Institut Català de la Salut, a través de la Fundació Jordi Gol i Gurina (FJGOL), com les diverses societats d'APS, com la semFYC i la CAMFiC, realitzen una clara aposta per a la potenciació de la recerca en



l'Atenció Primària. Això és possible amb programes específics i amb la creació d'unitats de suport metodològic per a l'elaboració de línies de recerca capdavanteres que tot just comencen a donar alguns fruits en casos concrets. Sigui com sigui, a hores d'ara els resultats són escassos i la recerca en l'APS no acaba d'arrelar de forma extensa, com fóra desitjable.

L'Institut Català de la Salut i les diverses societats d'APS aposten clarament per potenciar la recerca a l'Atenció Primària

Des del BUTLLETÍ MÈDIC creiem en el potencial investigador de la primària i en la necessitat d'esbrinar noves estratègies per incentivar la recerca en l'àmbit de l'APS. Per això, vam escollir un selecte planter de professionals amb una àmplia experiència en el camp de la recerca, perquè ens fessin arribar les seves opinions i propostes. Els professionals de l'Atenció Primària volem mostrar la nostra gratitud a totes aquestes persones pel temps i l'esforç dedicat a aquest encàrrec que us mostrem a continuació.

Dr. Joan Clotet Solsona
Dr. Jorge Soler González

La residència en Medicina de Família, una època plena d'oportunitats

Una part important dels actuals metges interns residents (MIR) inicien el seu programa d'especialitat amb una càrrega important de coneixements teòrics i poca pràctica assistencial. Això vol dir que aquests metges no han tingut gaires oportunitats de generar hipòtesis diagnòstiques, elaborar una presa de decisions basada en l'experiència o bé en l'evidència

contrastada i, per tant, tenen molt poca tolerància davant la incertesa o els resultats no esperats. Per això, a més d'aprofundir en el progrés competencial de les seves habilitats com a futurs especialistes mèdics, necessiten implementar un model de pensament crític i ser capaços d'aprofundir en el mètode científic a l'hora de decidir els millors procediments i tractaments per als seus pacients.

Cercant els tòpics

L'activitat pròpia de la residència (pràctica assistencial, rotacions fora dels CAP, cursos de formació teòrica, guàrdies i avaluació competencial) deixa poc marge per al seu aprofundiment. En molts casos, la recerca per part dels residents equival al DEA (Diploma d'Estudis Avançats, o suficiència investigadora), és a dir, l'avantsala del doctorat com a complement curricular orientat a una sortida laboral. En altres, representa punts que consten al barem en unes oposicions o per a qualsevol altra entrada en un mercat laboral que es percep com insegur, inestable i poc atractiu; o també com un element més, obligatori en la seva avaluació com a metge en formació.

Hi ha tutors (principals motivadors dels nostres residents en el seu aprenentatge) que consideren la recerca com una altra activitat afegida a la tasca assistencial diària. Per ells, la recerca no arriba a formar part de l'esquema organitzatiu dels centres, ja que és discontinua en temes i treballs i té una metodologia molt complexa. Aquests tutors perceben la investigació com una feina que cal realitzar fora del seu horari de treball habitual o com a part d'uns objectius incentivats.

També cal tenir en compte la imatge, bastant generalitzada en àmbits aliens a l'Atenció Primària, que aquest tipus de recerca és de baix nivell i amb impacte petit, amb pocs recursos directes i amb un esperit voluntarista.

Cercant les oportunitats

El període de formació sanitària especialitzada és el moment més adient per traspasar tots aquells coneixements adquirits en el pregrau al camp de la pràctica assistencial.

La formació en metodologia científica que s'ofereix des de les unitats docents, conjuntament amb la saviesa dels tutors i dels col·laboradors docents dels centres sanitaris, el suport de les unitats de recerca i

l'estímul de superació són els elements cabdals i més motivadors a l'abast dels residents durant els quatre anys de formació especialitzada, d'una forma pràcticament il·limitada i sense costos.

L'aprenentatge en el metge jove està basat sobretot en la pràctica assistencial real, que ha de ser l'element, central del seu període formatiu. És aquí on, a partir de l'observació, la generació d'hipòtesis i la presa de decisions, progressa en el seu rol de metge. I, alhora, aquest és el lloc i el moment ideal per estudiar, avaluar i analitzar les situacions que es desprenen d'aquesta pràctica. Per tant, com més activitats pugui realitzar, més oportunitats tindrà per generar hipòtesis de treball, aplicar la metodologia científica i participar en el progrés sanitari del seu àmbit. Els centres docents han d'aprofitar aquesta oportunitat i facilitar els espais necessaris a fi de compaginar totes les tasques.

Una de les demandes més generalitzades per part de la majoria dels metges interns residents és la formació en recerca, i aquesta, a la vegada, és la que més s'ofereix, tant en temps com en recursos.

Existeixen diferents jornades autonòmiques i una d'estatal, exclusivament per a residents, on la presentació de treballs és una de les parts més importants. A l'abast dels MIR també hi ha beques i premis patrocinats per societats científiques i institucions (IDIAP, CAMFIC, semFYC, Ulysses, Carlos III, etc.) per tal d'ajudar els joves investigadors durant el període específic de formació. A més, els joves metges poden consultar publicacions impreses, congressos i jornades estatals i de l'estranger. En aquest punt, els MIR comencen la seva carrera curricular, que els conduirà fins a fites desconegudes, tant en el món assistencial com en l'universitari. Durant els quatre anys de formació especialitzada tenen la possibilitat de treballar de forma multicèntrica aprofitant la seva estada en diferents centres de salut, amb la possibilitat de captar un nombre important de pacients per recollir dades, fer intervencions, analitzar comunitats, etc.

Els tutors, amb moltes hores davant dels pacients i treballant en diferents nivells assistencials, ajuden els MIR a formular hipòtesis i a buscar fonts d'informació i formació. Són experts en la gestió de recursos per als seus pacients i per a ells mateixos, i tenen un bagatge i una experiència personal en la

Una de les demandes més generalitzades per part dels metges MIR és la formació en recerca i aquesta, a la vegada, és la que més s'ofereix

realització, publicació i comunicació de treballs en diferents fóruns. Cada vegada són més rendibles les unitats de suport en els diferents àmbits de treball, amb què es pot aconseguir la millor qualitat possible. Ja no és lògic trobar un expert en totes les branques del saber, però sí una eficient capacitat de gestió dels recursos i les oportunitats.

Pel que fa a l'impacte de les activitats relacionades amb la recerca, en l'AP s'ha integrat el treball a la

mateixa consulta, amb tècniques com la lectura crítica d'articles científics, l'anàlisi de la informació tramesa per les fonts més habituals i la recerca de les millors fonts d'informació, entre altres. Aquestes tècniques són elements en què s'ha d'incidir durant la formació i la pràctica assistencial del resident, ja que poden aportar-li habilitats per garantir, en el seu desenvolupament com a professional, la seva actualització i una millora progressiva de la seva qualitat assistencial.

Algunes mostres de la potència dels nostres estudis són les investigacions clinicoepidemiològiques sobre patologies prevalents, la resolució de problemes en l'AP, la validació de diagnòstics i proves diagnòstiques, l'epidemiologia de les pneumònies adquirides a la comunitat, els estudis del metabolisme glicèmic i les seves alteracions, els estudis dels trastorns depressius en l'AP o les investigacions epidemiològiques del risc cardiovascular i la seva relació amb la síndrome metabòlica. Aquests treballs poden

provocar canvis que incideixen en la salut de la nostra població.

Cercant les millores

S'ha de tenir un programa formatiu progressiu durant tota la residència per donar resposta a les necessitats dels metges en formació i facilitar l'elaboració de treballs que puguin tenir continuïtat fins i tot més enllà d'aquest període. El metge resident ha de percebre la recerca com un repte i un model de millora en les seves competències com a futur especialista, sense oblidar, naturalment, la seva sortida al món laboral.

S'han de fer canvis en l'organització de la docència als centres que facilitin espais a tutors i residents dedicats exclusivament a la recerca i introduir aquests espais en l'agenda de treball dels professionals assistencials. També s'ha de reconèixer el mèrit a aquells metges de família que dediquen esforços complementaris a incrementar la qualitat i l'impacte en el nostre àmbit.

El metge resident no ha de ser l'estímul i el garant de la recerca en els CAP, però sí un motor que doni impuls a les línies de treball que haurien d'existir en tots i cadascun dels centres docents, en els quals ha de participar activament fins el final de la seva residència. Això no exclou que els MIR aprofitin aquests espais per donar sortida a les idees pròpies o a noves necessitats sorgides durant aquest temps.

Les unitats de suport a la recerca han de tenir els recursos necessaris per donar resposta a les necessitats esmentades, i alhora han de ser un estímul important, liderar la formació teòrica i fer un seguiment individualitzat conjuntament amb els tutors i els responsables tècnics de les unitats docents.

S'han d'establir estratègies des de les unitats docents, amb l'objectiu d'aconseguir que en un període no gaire llarg la major part dels residents finalitzin la titulació acadèmica de doctor, per tal de garantir una millora en l'especialitat, assegurar la nostra posició en el món universitari i participar en la millora progressiva de l'Atenció Primària als nostres centres.

Naturalment, tot passa per potenciar les línies de recerca en el nostre àmbit, planificant els recursos segons les necessitats reals dels nostres pacients i aquelles estratègies que incrementin la qualitat dels nostres serveis, com a eix fonamental indiscutible de l'actual model sanitari.

"Per desembarcar a l'illa de la saviesa s'ha de navegar en un oceà d'affliccions." (Sòcrates)

Dr. Eduard Peñascal Pujol

Cap d'Estudis Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària ICS. LLeida

La importància de la recerca a l'Atenció Primària en un institut de recerca biomèdica

L'Atenció Primària és un dels pilars fonamentals de l'atenció sanitària. Es calcula que aquest àmbit agrupa un 40% dels metges actius responsables de la resolució d'entre un 80 i un 90% dels problemes de salut de la població. Les possibilitats de desenvolupar àmbit investigador en aquest àmbit són múltiples. És el lloc ideal per desenvolupar estudis de base poblacional i avaluar factors de risc de malalties i el seguiment de grups específics de població.

En l'actualitat ningú no pot negar el valor que té l'estímul de la recerca en un col·lectiu mèdic. És important, atès que genera coneixement i contribueix al progrés de la medicina. Al mateix temps, també és una eina enormement valuosa per millorar l'atenció sanitària. Els metges que fan recerca es troben en condicions millors per millorar l'assistència sanitària, ja que solen estar més al dia quant a coneixements mèdics i utilitzen hàbits de recerca en la seva activitat quotidiana, que són els mateixos que s'usen en les activitats de garantia de la qualitat. A més, la recerca és un estímul molt important en el manteniment de la motivació professional del metge.

Tot i la importància del col·lectiu mèdic dedicat a l'Atenció Primària, a més de la rellevància de la recerca en la pràctica de la medicina, la contribució de l'àmbit de l'Atenció Primària a la recerca biomèdica espanyola ha estat tradicionalment moderada. Els motius d'aquesta situació són múltiples: manca de tradició en recerca, gran pressió assistencial, manca de formació i assessorament metodològic, poca valoració de l'activitat investigadora en la promoció professional i dificultat per assolir finançament.

És clar que fer recerca sempre és la decisió personal d'un facultatiu. En l'àmbit sanitari, la iniciativa de

fer recerca comporta inevitablement una dedicació extra al treball. La gran majoria dels metges que fem recerca en l'àmbit sanitari som conscients que el desenvolupament d'aquesta activitat comporta dedicar una part important del nostre temps de lleure a l'estudi o a l'anàlisi de dades, ja que als centres sanitaris l'activitat prioritària és l'assistencial. No obstant això, hi trobem elements positius suficients (tradicció personal, motivació, prestigi professional, etc.) per seguir-la desenvolupant. El que han de fer les autoritats sanitàries i els centres de recerca (com l'IRBLleida) és estimular aquests hàbits de recerca perquè cada vegada siguin més els facultatius que incorporin la recerca en la seva escala de valors.

A Catalunya, l'any 1995 es va crear la Fundació Jordi Gol i Gurina —Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP)— en col·laboració amb la Universitat Autònoma de Barcelona i la Conselleria de Salut. Durant aquests anys, l'IDIAP ha fet una feina extraordinària per estimular la recerca en l'àmbit de l'atenció primària a les diferents comarques de Catalunya, atès que ha estimulat projectes de recerca i assaigs clínics i ha promogut la publicació d'articles científics. L'activitat de l'IDIAP ha facilitat que els grups d'atenció primària de l'àmbit territorial de Lleida col·laborin amb grups d'altres demarcacions territorials i, al mateix temps, ha estimulat la seva participació en diversos projectes, la qual cosa ha tingut un efecte molt positiu. Com a resultat d'aquesta feina, cal remarcar que l'activitat investigadora de l'àmbit de primària a Catalunya s'ha incrementat un 35% els darrers 4 anys.

L'IRBLleida també pot ajudar a estimular la recerca en Atenció Primària i, òbviament, ho ha de fer en l'àmbit de les comarques de Lleida. Des del seu inici, l'any 2004, l'IRBLleida té com a principal finalitat promoure la recerca biomèdica, tant al món universitari com al sanitari. Per competir amb els altres instituts de recerca d'Espanya, l'IRBLleida ha d'estimular els grups de recerca que tradicionalment han estat potents a Lleida, perquè són els responsables del prestigi que actualment té la institució. Per aquest motiu, en aquests anys s'han portat a terme iniciatives per promoure la recerca bàsica, tradicionalment puntera a Lleida, amb iniciatives d'adquisició d'infraestructures de recerca o la consolidació de serveis científicotècnics, sempre



amb sintonia amb la Universitat de Lleida. L'IRBLleida també ha estat molt important a l'hora de catalitzar l'activitat de recerca en l'àmbit sanitari gràcies a una constant interacció amb les autoritats sanitàries i amb uns resultats espectaculars pel que fa a l'increment en projectes de recerca clínica i assaigs clínics, així com un augment molt rellevant de la producció científica. A més de les repercussions que té l'activitat de recerca en la pràctica assistencial (a les quals he fet referència anteriorment), l'activitat de recerca ha ajudat que Lleida sigui un destí professional més atractiu per a facultatius d'alt perfil professional que s'hi han incorporat els darrers anys. L'estímul de la recerca en atenció primària de l'àmbit territorial de Lleida és un dels objectius del Pla Estratègic de l'IRBLleida 2008-2012. Es tracta d'una acció convenient, oportuna i beneficiosa per al conjunt de la recerca biomèdica a Lleida. Pensem que l'experiència d'haver promogut la recerca en l'àmbit hospitalari pot servir per ajudar a desenvolupar la recerca en l'àmbit de la primària, sempre de la mà de l'IDIAP i amb l'aprovació de la Gerència Territorial de l'Institut Català de la Salut. L'objectiu és estimular la recerca en primària i afavorir la creació de sinergies amb els grups clínics que desenvolupen

i de recerca. Tot això en benefici dels usuaris de la sanitat pública de Lleida.

Dr. Xavier Matias-Guiu
Director Científic de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)

La investigación biomédica. Papel de la Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) es uno de los pilares básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), constituye el primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios y ofrece una atención global, continuada e integrada con otros ámbitos asistenciales y orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad¹. Con el cambio democrático y el inicio de la reforma de la AP (1981), la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (1978), la creación de las sociedades científicas de medicina de familia –Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) en 1983– y de una revista indexada de amplia difusión (*Atención Primaria*, en 1984), se ha producido un fuerte impulso de este ámbito asistencial y se ha

el estudio de la historia natural de la enfermedad y la prevención. Su atención al conjunto de la población hace esencial la evaluación de la efectividad de las intervenciones, y no sólo de su eficacia. La globalidad de su abordaje hace imprescindible la investigación sobre la relación profesional-paciente, las motivaciones y oportunidades de cambio de los pacientes y la participación de éstos en la toma de decisiones^{2,3}.

Para ello, la investigación en AP se nutre de diversas disciplinas (tanto provenientes de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales) y métodos (tanto cuantitativos como cualitativos).

Por tanto, la justificación de la investigación en AP y de esta área de conocimiento viene tanto de un campo de conocimiento propio como de una realidad que, en una gran mayoría de países, constituye un eslabón esencial en el sistema sanitario. Se relaciona ampliamente con las otras áreas de conocimiento, pero no por ello deja de existir, sino que le da una visión y perspectiva diferentes para responder más específicamente a su realidad. Por tanto, en la medida en que la AP sea capaz de responder a la falta de evidencia existente en las decisiones que se toman (y así mejorar la calidad de sus servicios y la salud de los pacientes), estará creando una investigación propia y útil para ella misma⁴.

Sin embargo, si bien el peso asistencial de la AP dentro del SNS es muy importante y ofrece buenas oportunidades para investigar, la investigación que ha sido capaz de desarrollar es mucho más pobre: la producción científica de los profesionales de AP es baja, se concentra fundamentalmente en revistas españolas y aparece muy poco en revistas extranjeras. La participación en proyectos financiados por agencias externas no supera el 4-5%, ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos^{5,6}.

¿Por qué, entonces, esta desproporción tan enorme entre su gran peso asistencial y el investigador? Según Van der Zee et al⁷, hay dos condicionantes importantes de la investigación de AP que, en comparación con otros países europeos, faltan en España. El primero es la carencia de infraestructuras de investigación; la poca tradición investigadora de la AP y la falta de sensibilidad para su promoción por parte de sus gestores han llevado a la ausencia de políticas de apoyo y

de financiación de infraestructuras. La presencia de la investigación en los presupuestos de AP es casi nula. No existen recursos humanos dedicados a la investigación ni políticas de personal que permitan liberar o combinar asistencia e investigación, o que motiven su práctica incluyéndola en los baremos de oposiciones. La enorme dispersión de los profesionales y la falta de tiempo por la elevada presión asistencial existente agravan aún más esta situación.

El otro condicionante es la falta de relación entre la AP y la universidad, al no existir un área de conocimiento propia de la Medicina de Familia y al estar las unidades docentes de Medicina de Familia separadas de la universidad. Este es un hecho relevante, pues España e Italia son los únicos países europeos que no cuentan con departamentos de Medicina de Familia en sus universidades. Es cierto que hay profesores asociados y que en los últimos años se han creado algunas cátedras de Medicina de Familia, pero estas están financiadas primordialmente por la industria farmacéutica, no tienen competencias curriculares reales y, por tanto, no participan en los órganos de gobierno académicos universitarios. No existe, por consiguiente, la simbiosis de producción, diseminación y traslación de conocimiento que se produce en otros ámbitos asistenciales y en otros países⁸.

A estos dos condicionantes se añadirían dos más. Las agencias financiadoras y sus organismos de evaluación, así como los comités editoriales de las revistas científicas, tampoco han mostrado ningún interés por la AP, pues no incluyen profesionales de ésta en sus comisiones, con lo cual se dificulta su correcta valoración y participación. A este aislamiento de la investigación de la AP también se añade la escasa relación existente con el sector privado (industria farmacéutica, tecnología sanitaria). En general, los gestores de AP son muy reacios a esta colaboración. Pero algunas experiencias en AP demuestran que cuando se establecen normas claras y conductas de buena práctica científica se produce un importante desarrollo de la investigación⁹.

Por tanto, ¿cómo romper este círculo vicioso y conseguir que resurja la investigación en AP? En el momento actual existen importantes elementos estratégicos que han de servir de punto de inflexión. En general, cabe destacar el incremen-



to del porcentaje económico dedicado a la investigación: en España, en el período 1996-2000, se pasó de un 0,83 a un 0,94% del producto interior bruto (PIB) y, aunque aún dista bastante de la media europea (1,9% del PIB) y del objetivo europeo de alcanzar el 3% del PIB en el año 2010, el actual gobierno se ha comprometido a seguir impulsando la investigación.

Asimismo, se percibe un claro respaldo político para impulsar la investigación en AP. Últimamente ha habido numerosos pronunciamientos y discursos en su favor que esperamos se traduzcan en recursos económicos. No se puede fomentar la investigación en AP sin un apoyo económico decidido de los gobiernos. En las actuales circunstancias es difícil competir en las convocatorias públicas con otras instituciones de investigación con mucha más experiencia, tradición y recursos. Por tanto, las agencias públicas de financiación deberían dedicar fondos específicos a la investigación en AP. En el Reino Unido, por ejemplo, el National Health Service, dedica desde el año 1998, unos fondos específicos a la AP, a fin de incrementar su capacidad de investigación y promover la creación de redes de investigación¹⁰. Así pues, la investigación en AP deberá contar con organizaciones específicas y unidades de apoyo especializado que, junto con los profesionales de este nivel asistencial, trabajen para el desarrollo de la investigación. Y esto no es posible con la dedicación voluntarista de los profesionales o liberaciones parciales de tiempo. Es imprescindible crear una política de personal para la investigación que

cuente con personal especializado y profesionales que puedan combinar la asistencia y la investigación¹¹.

La creación de redes de investigación españolas y europeas es otra gran oportunidad. En varios países europeos hace ya bastantes años que se crearon y desarrollaron las PBRN (Practice Based Research Network) a partir de fondos públicos dedicados a la AP. También en EE.UU. se han creado redes de investigación en AP, agrupadas en la Federación de Redes de Investigación Basadas en la Práctica (FPBRN), que reciben apoyo financiero de la Agencia de Salud para la Investigación y la Calidad (AHRQ).

En España, a partir de la convocatoria de redes temáticas de investigación del ISCIII (Instituto Carlos), también se ha dado un fuerte impulso: la AP participa en varias redes (IRYSS, Predimed, RCEP, Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Cuidados a Personas Mayores, etc.) y lidera de forma especial la redIAPP (Red de Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en AP).

A través de la redIAPP se están desarrollando ocho proyectos de gran envergadura, algunos con fondos europeos y en colaboración con otras redes e instituciones, que incluyen áreas de investigación muy diversas, desde la investigación epidemiológica hasta la genética.

El modelo generado debe afianzarse mediante la promoción del desarrollo de la redIAPP como red o del CIBER (Centro de Investigación Biomédica en Red) transversal, que debe relacionarse con las

La iniciativa de fer recerca en Atenció Primària comporta, inevitablement, una dedicació extra a la feina

la seva activitat en l'àmbit hospitalari. Per facilitar aquest objectiu, el Comitè Científic Intern de l'IRBLleida va aprovar destinar una partida econòmica durant els anys 2010 i 2011 a aquest efecte. En el moment de la redacció d'aquest text, existia un diàleg amb la Direcció d'Atenció Primària de l'ICS per tal de concretar les accions que cal emprendre.

Crec que el debat que s'ha obert al *Butlletí del Col·legi de Metges de Lleida* ens ha donat l'oportunitat per fer una reflexió sobre la importància de promoure la recerca en l'àmbit de l'Atenció Primària a Lleida. Com totes les iniciatives, no és un camí fàcil. Requereix l'esforç i la generositat dels facultatius que s'hi vulguin implicar, així com el suport de les institucions sanitàries, universitàries

profundizado en el contenido de esta área de conocimiento. En este ámbito asistencial trabaja un tercio de los profesionales del sector sanitario y se le dedica casi el 50% del gasto sanitario público. Un 60% del importe del gasto farmacéutico se produce en AP y el 80-90% de los problemas de salud se resuelven en este ámbito asistencial.

Este ámbito también ofrece unas claras oportunidades para la investigación: la existencia de áreas poblacionales de atención, su gran accesibilidad y su atención longitudinal hacen que se puedan desarrollar estudios de base poblacional y estudios de seguimiento de grupos específicos de población; la atención a personas sanas o con factores de riesgo, además de enfermas, proporciona un contexto ideal para

otras redes temáticas (o verticales), además de fomentando la participación en aquellas redes temáticas donde la AP puede tener una gran aportación^{8,12,13}.

La convocatoria de los institutos del ICsiii (Instituto de Salud Carlos III) también está creando nuevas expectativas, aunque se centra en los hospitales y tiene poco en cuenta la AP. A pesar de ello, la AP también se está moviendo para participar.

Así, en Cataluña se ha creado un instituto de investigación específico de AP a partir de la Fundació Jordi Gol i Gurina (FJGG), en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona y la Consejería de Salud de Cataluña. La FJGG se fundó en 1995, y durante estos 10 años ha participado en 138 proyectos de investigación y en 225 ensayos clínicos; participa en 9 redes de investigación, y ha publicado 1.580 artículos científicos, con un factor de impacto en el año 2003 de 80,651. Aunque la producción científica es baja comparada con la de otros centros de investigación, la actividad de esta institución ha supuesto un cambio radical en la investigación de AP en Cataluña.

En otros lugares, la creación de los institutos de investigación autonómicos incorpora e integra los grupos de investigación de AP, aunque en muchas ocasiones éstos no reciben el apoyo que necesitarían.

En el nuevo contexto, las sociedades científicas podrán seguir impulsando la investigación en AP de salud a través de convenios de colaboración con estas nuevas infraestructuras. El convenio entre la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària y la FJGG es un claro ejemplo de la complementariedad y simbiosis que deben producirse entre estas instituciones.

En conclusión, podemos afirmar que la investigación en AP sí es posible. Su potencialidad es clara y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran la capacidad de la AP para investigar. Sin embargo, es urgente un mayor apoyo político y económico a la investigación en AP si se quiere ayudar a innovar en este importante ámbito asistencial del SNS, para pasar de la actual situación de voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación.

Dra. Concepción Violan Fors
Dr. Bonaventura Bolívar-Ribas

Institut per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Fundació Jordi Gol i Gurina. Barcelona. España
Med Clin (Barc.) 2006; 126 (16): 614-5. Reproducció autorizada por Elsevier Doyma

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B. Necesidades de investigación en atención primaria. En: AP: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001; 425-47.
2. De Maeseener JM, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care [revisión]. Lancet 2003;362:1314-9.
3. Pons JMV, Navarro MD, Albert X, Aulsebrook M, Bolibar B, Diaz CA, et al. La investigación en atención primaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; diciembre de 2004.
4. Is primary-care research a lost cause? [Editorial] Lancet. 2003;361:977.
5. Maset Campos P, Sáez Gomes JM, Sánchez Moreno A, Ramos García E, Sánchez Estévez V, González Díaz M. Preselectiva de la atención primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971-1994). Aten Primaria. 1997;19:389-94.
6. Camí J, Suñén-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. Med Clin (Barc).

ed. Invertir para la salud: prioridades en salud pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 627-58.

13. Fernández I, Bolibar B, Grandes G, Llobera J, Fernández C, Martín A. Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. Aten Primaria. 2003;32:505-8.

La recerca a l'Atenció Primària

Els projectes de recerca a la xarxa d'Atenció Primària de Catalunya estan creixent a bon ritme: un 35% els nacionals i un 50% els internacionals en només quatre anys. Les raons són dues: d'una banda, l'existència de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol i les seves vuit unitats de suport a l'activitat científica dels metges del primer nivell assistencial repartits per tota la comunitat autònoma, i, de l'altra, l'elaboració d'un conveni que aquest institut va signar el 2005 amb el Departament de Salut de la Generalitat per augmentar-ne els recursos.

A Lleida, es va impulsar la creació de la Unitat de Recerca de Primària, que actualment compta amb un cos de professionals integrat per

professionals mèdics, la manca de substituïts és una dificultat afegida a l'hora de lliurar professionals de consulta per poder fer recerca.

La manca de tradició comporta la dificultat de trobar professionals amb il·lusió o interès per fer recerca. Per canviar aquesta condició, la participació dels residents i estudiants en projectes d'aquest tipus pot augmentar en el futur l'interès dels professionals.

Lleida compta actualment amb grans possibilitats de futur respecte a la recerca de primària. D'una banda, hi ha el suport de la Unitat de Recerca de Primària. De l'altra, la Regió Sanitària de Lleida compta amb un conveni amb l'Institut de Recerca Biomèdica que dona suport a la recerca mitjançant la col·laboració dels professionals. Actualment, molts professionals de l'hospital amb més experiència en recerca estan interessats en la col·laboració amb l'Atenció Primària i en la creació de grups de recerca amb línies de treball. Aquest hospital convocarà ajuts per als projectes de primària. Amb referència als continguts de recerca, el camp d'estudi a la primària és molt ampli i verge i, a més, ara disposem d'un sistema de base de dades únic per a tot el territori, ja que treballem amb el mateix sistema informàtic amb l'estació clínica ECAP. Aquest sistema permet portar a terme estudis poblacionals, d'envelliment, comunitaris, farmacoepidemiològics, compliments terapèutics, etc. En aquest sentit, veiem cada cop més professionals motivats per fer recerca. Les direccions donen un impuls més gran i compten amb un gran suport per part del Departament de Salut. Ara queda fer camí...

Dra. Catalina Serna
Gerent d'Àmbit d'Atenció Primària a Lleida

La unitat de suport com a ajuda a la recerca a l'Atenció Primària

Reflexions d'una metgessa de família coordinadora d'un d'aquests equips

Aquestes línies pretenen aportar al debat el punt de vista d'una unitat de suport a la recerca en el seu tercer any de funcionament a la nostra ciutat. L'objectiu d'aquestes unitats és promoure i potenciar les

L'objectiu d'aquestes unitats és promoure i potenciar les experiències de recerca en l'entorn de l'Atenció Primària

experiències de recerca en l'entorn de l'Atenció Primària, donant suport als investigadors que ho necessitin i complementant el seu esforç per aconseguir projectes de qualitat. Tot i que l'experiència és curta, la unitat ens ha servit d'observatori privilegiat des del qual hem pogut detectar barreres i, alhora, identificar algunes de les estratègies que faciliten la tasca investigadora.

L'opinió dels professionals

Quan hem preguntat als companys d'Atenció Primària pel seu interès en recerca, pels obstacles que hi troben i per les seves necessitats, hem obtingut invariablement dues respostes: manca de temps i manca de formació específica. Indubtablement, aquests són alguns dels déficits que poden frenar el desenvolupament de la competència investigadora d'un professional que, en general, té unes prioritats clares que deixen la recerca en les últimes posicions. Des de la nostra formació més bàsica estem entrenats per escoltar, interpretar, diagnosticar, acompanyar, tractar, curar, alleugerir, etc. Es tracta d'habilitats complexes basades en coneixements ràpidament canviants que requereixen una actualització contínua que ningú no es qüestiona. Però, per què cal fer recerca? Tots hem de fer recerca? A quin nivell? De la mateixa manera que ens preguntem si tots hem de fer docència.

Qui investiga en Atenció Primària?

L'experiència de la unitat ens mostra que, en general, la recerca sorgeix d'iniciatives individuals de professionals especialment motivats i es potencia quan es genera un grup d'investigadors al voltant d'aquests motors. Aquests nuclis naturals impulsors de recerca són pocs i tenen un perfil d'alta motivació, alt grau d'autonomia i bona formació metodològica, però veuen frenat el seu potencial per diversos obstacles, com els esmentats anteriorment. Identificar aquests investigadors líders és una de les prioritats de la unitat atès el seu elevat potencial. Per això, pensem que han de rebre el màxim suport, tant en l'àmbit directiu, per garantir

la seva dedicació a la recerca amb disponibilitat de temps, com tècnic, tot assessorant-los en els aspectes metodològics i logístics que calgui perquè siguin competitius.

Les agrupacions de professionals al voltant d'aquests nuclis tenen molts avantatges. Per exemple, permeten explotar algunes de les característiques intrínseques de l'Atenció Primària que la fan diferent d'altres especialitats, com la multidisciplinarietat, la multicentricitat o l'abast poblacional dels projectes. Alhora, permeten establir xarxes de comunicació interpersonals que cimenten els projectes i permeten plantejaments a mitja i llarg termini, organitzant l'estratègia de recerca del grup en funció dels objectius que cal aconseguir, com acreditacions o finançament extern. Els grups de recerca són incentivadors per si mateixos.

No era tan difícil!

També s'han de potenciar els investigadors novells, amb poca experiència, però amb interès i capacitat. Idees brillants queden sense desenvolupar per desconeixement dels passos que s'han de seguir a l'hora de fer una bona cerca bibliogràfica i obtenir articles d'interès, per limitacions en l'anàlisi de les dades o en la difusió dels resultats, per manca de temps, etc. Tot i que és una feina costosa per a la unitat, pensem que el suport permetrà a alguns d'aquests professionals adquirir la confiança i la capacitat per convertir-se en futurs investigadors líders amb autonomia suficient.

Hem parlat dels condicionants dels professionals, de la motivació, de la formació, del suport, de les dificultats organitzatives, però no podem deixar de reconèixer l'efecte advers per a l'Atenció Primària de l'entorn investigador sanitari actual al nostre país: l'hospitalcentrisme, les convocatòries nacionals per al finançament de projectes fetes a mida per equips consolidats d'especialitats mèdiques hospitalàries i centres de recerca biomèdica bàsica, l'enlluernament per l'assaig clínic i la recerca experimental de marca, etc. Tots aquests factors allunyen els limitats recursos disponibles i sovint produeixen frustració per no poder com-

No existen recursos humanos dedicados a la investigación ni políticas de personal que permitan liberar o combinar asistencia e investigación

2005;124:93-101.

7. Van der Zee J, Krineman M, Bolibar B. Conditions for research in general practice. Can Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? Eur J Gen Pract. 2003;9:41-7.
8. Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. Ann Fam Med. 2004;2 Suppl 2:S5-S16.
9. Vinyoles E, Pujol C. Ensayos clínicos en atención primaria. La experiencia de la red AGICAP en Cataluña. Aten Primaria. 2004;34:38-42.
10. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. BMJ; 2001;322:588-90.
11. Pujol C. Las fundaciones de investigación en AP. Asistencia, docencia... ¿investigación? Aten Primaria. 2001;28:295-7.
12. March JC. La investigación en salud pública. En: Cabases J, Villalba JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS. 5.ª

dos estadístics, dues metgesses de família i una infermera com a principals responsables de la unitat. Aquesta unitat dona suport a tots els treballs de recerca de l'àmbit i aquest fet ha suposat un increment important en l'activitat científica de primària.

És del tot necessari que s'incentivi la recerca per tal de donar suport als projectes. Les dificultats de l'Atenció Primària rau en la gran activitat assistencial combinada amb el poc temps per fer recerca, la manca de tradició i de formació en aquest camp i la falta d'incentivació i suport des de les direccions.

Les unitats de recerca són un punt important per incentivar i donar suport als professionals pel que fa a formació i suport metodològic. Les direccions n'han prioritzat la recerca i el suport, però resta trobar el temps per realitzar-la. Pel que fa als

Tabla 1. Aspectos positivos para realizar investigación en Atención Primaria

La Atención Primaria dispone de un campo específico de conocimientos.

Se atienden estadios más precoces de la enfermedad que en otros ámbitos especializados.

Se puede investigar en salud.

Existe una relación continua con los pacientes.

Situación de privilegio para el estudio natural de la enfermedad.

Mayor facilidad de acceso a la población.

En Atención Primaria es donde se atienden las patologías más prevalentes.

Existe inquietud entre los profesionales.

Existe incertidumbre:
 · ¿Se puede evitar la aparición de la enfermedad?
 · ¿La detección precoz mejora el pronóstico?
 · ¿Cuál es el diagnóstico?
 · ¿Qué prueba diagnóstica debería pedir?
 · ¿Qué tratamiento es el mejor para el paciente?
 · ¿Cómo será la evolución tras el tratamiento?

Existe gran variabilidad en la práctica clínica entre los profesionales que debe ser investigada.

Salvador Pita Fernández,
 Sonia Pértiga Díaz

Dificultades de la investigación en Atención Primaria

<http://www.fisterra.com/mbe/investiga/difInvesAP/difInvesAP.asp#tabla1>

petir en igualtat de condicions. Una adaptació real d'aquestes convocatòries a la nostra especialitat i a les nostres circumstàncies incentivaria, sens dubte, el concurs per al finançament públic i, secundàriament, la qualitat dels projectes. Així doncs, la nostra opinió és que ens queda un llarg camí que s'ha de fer pas

a pas, consolidant les trajectòries. Incentivar la recerca depèn tant de nosaltres mateixos com de l'organització de la nostra empresa i del panorama i les polítiques de recerca nacionals. Algunes de les reflexions que fem són les següents:

Cal promoure en nosaltres mateixos la curiositat clínica i cultivar l'hàbit de llegir, d'estar al dia en els temes d'interès, massa sovint asfixiats sota la pressió assistencial excessiva i la desmotivació, per ser capaços de fer-nos preguntes i plantejar-nos hipòtesis a partir del que veiem cada dia, buscant respostes útils i aplicables a la pràctica.

Cal passar a l'acció. És a dir, agrapar-nos per desenvolupar projectes de recerca amplis, incorporant-nos a grups de vegades ja existents o plantejant línies innovadores que aportin nous coneixements, fugint de repetir en l'entorn propi el que ja és conegut en altres entorns similars. Els grups han de tenir polítiques transparents de beneficis, bàsicament curriculars, sobretot en la consideració d'investigadors col·laboradors (reclutadors) i en l'autoria en la producció científica posterior.

Necessitem suport metodològic que podem obtenir d'una formació adequada en el moment adequat (tots coneixem la utilitat d'un curs d'Excel quan no necessitem l'Excel per a res en concret) o d'una unitat de suport especialitzada que ens orienti i assessori en el procés de recerca per fer el nostre temps més eficient.

Cal temps per pensar, per consensuar, per escriure, per fer treball de camp, sense tenir la sensació que aquest esforç es fa a costa del temps personal, tot i sabent que sovint acabarem fent-ho. Aquest temps s'ha d'obtenir dins l'entramat organitzatiu dels equips, i hi pot contribuir positivament l'autonomia de gestió dels centres.

Necessitem professionals amb grau de doctor, experts en temes determinats, que aglutinin equips investigadors al voltant. Hem de publicar la feina ben feta (que freqüentment queda reduïda a una comunicació en un congrés) per obtenir currículums competitiu a l'hora de sol·licitar finançament i també com a estratègia per a les tesis doctorals.

Ens manca el reconeixement de la trajectòria investigadora més enllà dels crèdits per pòster presentat (aprofitem per assegurar que fer molts pòsters no és equivalent a ser un bon investigador), incloent-hi la

incentivació econòmica basada en objectius pactats aconseguits o la reducció de l'activitat assistencial de determinats professionals que els permeti desenvolupar un projecte de recerca concret.

En definitiva, necessitem equips motivats on cada professional trobi el lloc on se senti més còmode, el seu camp d'expertesa on pugui desenvolupar les seves habilitats, ja siguin formatives, clíniques o investigadores amb la complicitat de la resta de companys que perceben aquesta organització com enriquidora per part de tots plegats.

Dra. Inés Cruz Esteve
 Metge de família
 CAP Primer de Maig

USR Lleida i Pirineu. IDIAP Jordi Gol

El retorn de la inversió en recerca

L'any 2003, un editorial demolidor de *The Lancet* destapava la crisi en la recerca a l'Atenció Primària. Va ser publicat després que l'editor assistís a una sessió del Congrés Mundial de Metges de Família (WONCA) i hi posava en dubte l'existència d'un futur per a la recerca d'Atenció Primària, alhora que criticava els seus protagonistes. L'article proposava que, en lloc de perdre el temps en lamentacions i intents de delimitar un camp específic, dibuixant esquemes basats en piràmides i cercles incomprendibles, el que havien de fer era definir hipòtesis rellevants per a la pràctica clínica d'Atenció Primària i buscar finançament per donar-hi resposta¹. La conclusió de l'editor sembla òbvia, tot i que, com assenyala H. N. Menken, qualsevol problema complex té una solució senzilla que és fantàstica, plausible i totalment equivocada.

La situació de crisi no pot ser explicada només a través de la incompetència dels metges de família. Segurament no són els únics responsables que la recerca en l'àmbit de l'Atenció Primària suposi només el 4% del finançament del FIS, que no existeixin departaments universitaris de Medicina de Família o que l'Atenció Primària ocupi només el 5% de les publicacions britàniques i el 2% de les espanyoles².

La recerca en l'atenció primària és una disciplina emergent que ha anat obrint-se pas a poc a poc dins el complex món de la recerca en salut, que resulta dominat per un entramat

d'interessos en què participen els hospitals, els especialistes, les universitats, les entitats que el financen i la indústria farmacèutica. Malgrat tot, al nostre país s'han fet grans avenços en aquest camp i s'ha aconseguit el que podríem denominar una democratització de la recerca per part dels professionals d'Atenció Primària.

En un període de vint anys, hem passat del quasi no res al fet que pràcticament tots els centres d'Atenció Primària realitzin, a més de la seva activitat clínica habitual, activitats de recerca. Es fan avaluacions de l'activitat clínica, estudis poblacionals i, fins i tot, es participa en assajos clínics de medicaments. Moltes d'aquestes investigacions acaben essent publicades en pòsters i comunicacions als congressos o apareixent en articles de revistes. Entre aquestes, en destaca *Atenció Primària* que, després de vint-i-cinc anys d'història, ha aconseguit la inclusió al Science Citation Index Expanded. Hi ha molts factors que expliquen aquest avenç: el coratge i el voluntarisme dels mateixos professionals, el programa MIR i la llarga reforma de l'Atenció Primària, però també el paper de les societats científiques com la CAMFIC o la SEMFYC, de les organitzacions internacionals com l'EG-PRW (European General Practice Research Workshop) o la WONCA, l'efecte dinamitzador de la Fundació IDIAP Jordi Gol, les ajudes a la realització de tesis doctorals ofertes per l'Institut Català de la Salut, la carrera professional o les facilitats que han donat les diferents empreses proveïdores d'Atenció Primària. Ara bé, és cert que la recerca en l'Atenció Primària encara té grans dificultats per accedir a les fonts importants de finançament, com els projectes de la Unió Europea, o per publicar en revistes d'alt factor d'impacte.

Aquesta democratització de la investigació ha contribuït a millorar l'assistència a la població, tant a través de la motivació dels professionals com de l'impacte directe sobre la pràctica clínica. És un gran pas endavant, però cal fer el següent, que, com assenyala l'editor de *The Lancet*, es basa a fer estudis rigorosos que responguin les grans preguntes de l'Atenció Primària. Actualment, els clínics d'aquest àmbit basem la majoria de les decisions en estudis realitzats en entorns hospitalaris, amb el consegüent risc per als pacients. Per assolir aquesta segona fase, cal una professionalització de la recerca

d'aquest camp, tal com han fet la resta de disciplines mèdiques.

Estic d'acord amb l'editor de *The Lancet* que gran part de la solució és a les nostres mans, però tots sols no podem aconseguir aquesta nova fita. Cal que es creïn grups estables de recerca d'Atenció Primària dins les institucions que realitzen la recerca d'alt nivell, com les universitats, els instituts o els

La recerca a l'atenció primària encara té grans dificultats per accedir a les fonts importants de finançament

cibers, i que aquests siguin capaços de liderar projectes sols o en col·laboració amb altres grups tant a escala nacional com internacional. L'accés a aquests cercles està molt restringit, ja que tant les entitats que financen com les que gestionen la recerca distribueixen els recursos de forma competitiva. A més, valoren la producció científica considerant essencialment el volum econòmic dels projectes aconseguits prèviament i el factor d'impacte de les publicacions realitzades. Aquesta política afavoreix que els grups consolidats segueixin creixent i, al mateix temps, impedeix l'entrada dels emergents, especialment si tenen poca capacitat per produir una investigació que estimuli una recerca posterior, com és el cas de l'Atenció Primària. Sembla que s'inverteixi en recerca per aconseguir citacions a revistes i no, com seria desitjable, per retornar la inversió a la societat en avenços que en millorin la salut. Afortunadament, les entitats que financen són conscients d'aquesta situació i comencen a valorar més aquest retorn. A més del factor d'impacte bibliomètric, es té en consideració l'impacte del retorn socioeconòmic³. El canvi ens afavoreix, ja que justament la recerca d'Atenció Primària se centra en la part final d'aplicació del coneixement a la pràctica assistencial. En l'Atenció Primària s'investiga l'avaluació de serveis, l'epidemiologia de la població, les bases de dades d'històries clíniques, el consum de medicaments o la relació assistencial. En conseqüència, els resultats d'aquesta recerca poden traduir-se ràpidament en canvis en la política sanitària o en l'atenció clínica que impacten immediatament en la salut

de la població. En canvi, la recerca bàsica, que és objecte de moltes citacions, ja que inspira molts altres projectes de recerca, tardarà anys i, de vegades, no arribarà mai a produir un canvi que millori la salut dels ciutadans. Obviament, ambdues són necessàries per al progrés de l'atenció sanitària, però perquè coexisteixin cal modificar els criteris actuals de distribució dels recursos. Avui

només s'afavoreix un tipus de recerca. Si el canvi de criteri es produís i aportés fons per desenvolupar projectes d'Atenció Primària, serien les mateixes institucions acadèmiques que ara l'ignoren les que crearien unitats específiques per gestionar els seus projectes. També facilitarien que els investigadors d'Atenció Primària poguessin desenvolupar una veritable carrera acadèmica. Així, a més de l'entusiasme clarament demostrat dels professionals d'Atenció Primària, cal una decisió política que modifiqui els criteris de finançament de la recerca a favor dels ciutadans i no només considerant els interessos dels investigadors professionals. S'han de finançar projectes que retornin la inversió com un coneixement que beneficiï immediatament la societat. Els grups acadèmics d'Atenció Primària dins la universitat i les institucions de recerca apareixeran com una conseqüència lògica de la nova política de finançament. Aquest canvi ja s'està produint, però cal que se n'augmenti el dinamisme perquè beneficiï els ciutadans de manera efectiva.

Dr. Joan Gené Badia

CAPSE-ICS-Universitat de Barcelona

BIBLIOGRAFIA

1. Buxton M, Hanney S. Desarrollo y aplicación del Modelo Payback para la evaluación del impacto socioeconómico de la investigación en salud. *Med Clin (Barc)* 2008; 131(supl 5):36-41.
2. Ovhed I, Van-Royen P, Hakansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(4):248-253.
3. The Lancet. Is primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003; 361(9362):977.

Pacient agressiu i contenció verbal

Els llocs on, potencialment, hi ha risc que es produeixi un esdeveniment conflictiu secundari a la presència d'un pacient agressiu són, en general, les àrees de primer contacte en què la relació pacient/família-personal sanitari acostuma a ser curta en el temps. Les característiques d'aquests serveis o àrees fan que, abans de la visita, no hi acostumi a haver una relació de confiança amb el pacient.

Així, en són exemples les zones d'admissió dels centres, serveis d'atenció continuada, serveis d'urgència o serveis de guàrdia. Aquests espais són sovint d'accés lliure durant les 24 hores del dia, reben pacients de totes les edats, cultures i classes socials i amb problemes variats i, de vegades, complexos de solucionar. Els centres psiquiàtrics estan habitualment molt més adaptats i solen oferir una bona resposta al conflicte amb relació al pacient agressiu, atesa la naturalesa de la patologia amb què es treballa en aquestes unitats.

D'entrada, sembla interessant, per al maneig adequat d'aquestes situacions, contemplar l'agressivitat del pacient com un problema clínic més que cal tractar i que, per tant, té una etiologia, un diagnòstic i un tractament. Aquesta visió permet, d'una banda, evitar ometre l'organicitat possible del quadre i, de l'altra, contribuir a l'autocontrol i contrabanç emocional per buidar la càrrega emocional i evitar la sobrecàrrega del professional.

Hi ha, en termes generals, tres fases d'actuació que poden solapar-se i que poden donar-se simultàniament: a) La contenció verbal; b) La contenció mecànica; c) La contenció farmacològica.

De forma àmplia, la interacció establerta entre dos elements, en aquest cas el pacient (també família o acompanyants) i el personal sanitari, influenciat ambdós per una situació concreta que es dona en un entorn determinat, porta a terme la relació entre ells (fig. 1). Analitzant els factors que intervenen en aquesta interacció, podem facilitar la detecció del pacient (o grup) potencialment agressiu i la contenció de la situació de crisi.

D'una banda, les experiències prèvies negatives amb el sistema sanitari o el consum de drogues d'abús són caràcters inherents al pacient que poden, si no es produeix un contrabanç adequat, contribuir a desenvolupar-ne una reacció agressiva. També

Convé contemplar l'agressivitat del pacient com un problema clínic

Una comunicació pobra entre els sanitaris i el pacient pot generar actituds agressives

La detecció precoç del pacient agressiu és clau

ho són la malaltia psiquiàtrica i la problemàtica personal i social, sense obeir a cultures ni al nivell social. Cal esmentar que els beneficis obtinguts per part del pacient com a resposta a la seva agressivitat en experiències prèvies podrien afavorir la perpetuació de comportaments agressius.

De l'altra, la fatiga del personal sanitari associada a experiències prèvies negatives, així com les malalties de base i la problemàtica personal dels professionals sanitaris són factors que dificulten la modulació adequada de la relació amb el pacient. Alguns treballs

comuniquen l'escàs ensinistrament del personal sanitari pel que fa al maneig del pacient agressiu, conflictiu o difícil. La Unitat de Prevenció de Riscos Laborals realitza periòdicament cursos formatius en relació amb aquest tema.

Una comunicació pobra entre el personal sanitari i el pacient o els acompanyants, llargues estades hospitalàries i temps d'espera llarg, així com estances incòmodes amb aglomeració de pacients, són condicions que poden afavorir la generació d'actituds agressives.

Per tal d'evitar l'aparició de situacions agressives s'ha proposat tres tipus de prevenció. La prevenció primària intervindria en la creació d'àrees d'espera o visita còmodes i segures tant per al personal sanitari com per al pacient. S'ha d'evitar la presència d'objectes que puguin ésser utilitzats com a arma, i han de tenir doble porta de sortida i capacitat de contenció física i farmacològica. L'hàbit de vestir el pacient amb una bata, al marge de facilitar l'acte mèdic, desproveeix de manera discreta de les armes que pogués dur el pacient. Cal evitar contactes visuals directes (mirar fixament als ulls) durant estones perllongades, aproximació per l'esquena al pacient i distàncies amb el pacient inferiors a un braç.

Pel que fa a la prevenció secundària, n'és un exemple l'ensinistrament del personal sanitari per respondre a aquestes situacions.

Finalment, la creació de codis d'alarma i la instal·lació i presència d'eines de seguretat (càmeres de vídeo, per exemple) correspondrien a la prevenció terciària.

La detecció precoç del pacient potencialment agressiu és una de les millors mesures de prevenció de l'esdeveniment conflictiu. Sovint, hom ho

detecta tan bon punt entra el pacient. En altres ocasions, el personal sanitari percep a través del llenguatge no verbal una actitud que li genera una sensació de temor en entrevistar el pacient. Aquestes situacions, juntament amb els antecedents de situacions conflictives, antecedents d'abús de tòxics o patologia de base, poden considerar-se factors de risc.

Per a la gestió d'aquestes situacions, i de forma general, és recomanable intentar establir una relació de confiança sense demostrar vulnerabilitat amb una actitud honesta, sincera i empàtica. Parlar amb to de veu baix, però amb seguretat i fermesa, sense rebatre, inicialment, els arguments i reconduir posteriorment els objectius acostumen a facilitar el control de la situació.

No és recomanable establir discussions, que sovint tenen l'efecte d'incrementar l'agressivitat i el conflicte. La presència de familiars sol ajudar en la majoria de les ocasions, encara que, en alguns casos, té just l'efecte contrari.

En cas que es percebi que s'incrementa l'agressivitat o la possibilitat de desencadenar-se súbitament una situació agressiva, és recomanable evitar l'enfrontament sortint precoçment de l'àrea de risc i comunicar-ho a tot el personal perquè es doni una resposta precoç, conjunta i coordinada. No és recomanable demorar l'avís a les forces de seguretat del centre o públiques.

En el pacient amb organicitat, tot i que la contenció verbal és un element que ajuda al control de l'agressivitat, no acostuma a ésser suficient i es requereix una contenció física i/o farmacològica.

Dr. Jordi Melé Olivé
Medicina Familiar i Comunitària

BIBLIOGRAFIA

- McCoy MC. Violence in the emergency department. A: Emergency medicine: A comprehensive study guide. McGraw Hill 6th Ed. 301, p. 1861-1863.
- Harrison DW, Vissers RJ. Approach to the difficult patient in the emergency department. A: Emergency medicine: concepts and clinical practice. Mosby 4th Ed. 169, p. 2841-2851.
- Moore GP, Jackimczyk KJ. The violent patient. A: Emergency medicine: concepts and clinical practice. Mosby 4th Ed. 172, p. 2871-2851.
- Rice MM, Moore GP. Management of the violent patient: therapeutic and legal considerations. Emerg Med Clin North Am 1991; 9: 13-30.
- Sánchez Alonso S. Protocolo diagnóstico y terapéutico del enfermo agitado. Medicina 2007; 9: 5540-42.
- Schwarz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. Psychiatr Serv 1999; 50: 381-383.



Equip de cinc persones procedint a la contenció mecànica

Contenció mecànica

La contenció mecànica és una mesura terapèutica dirigida a restringir els moviments del pacient per disminuir el risc d'autoagressivitat i/o heteroagressivitat, manipulació de vies, evitar caigudes o fuga. És una part més del tractament de l'agitació psicomotora que s'utilitza quan la contenció verbal i farmacològica han fracassat, sempre sota estricta indicació mèdica.

S'aplica aproximadament al 30% de pacients que ingressen a través d'urgències a les Unitats d'Aguts de Psiquiatria i a un 6% dels pacients ja ingressats. Tot i això, es tracta d'un recurs que no solament pot ser necessari en el context de salut mental, sinó que també es pot emprar en qualsevol altre servei de l'hospital. S'arriba a utilitzar en un 17% de pacients ingressats en unitats medicoquirúrgiques.

Solen ser situacions d'urgència en les quals l'individu té una afectació seriosa del pensament, de la conducta i de la seva organització, de manera que no pot assumir la responsabilitat dels seus

actes. Per tant, mai no serà utilitzada com a mesura repressora i serà considerada part del tractament del pacient.

Indicacions de contenció mecànica

A la taula 1 i a la taula 2 es poden observar les indicacions explícites i relatives de contenció mecànica. A continuació, s'enumeren les situacions en les quals no s'ha d'aplicar la contenció mecànica:

1. Quan no hi hagi cap criteri relatiu ni explícit que ho justifiqui.
2. Quan la contenció verbal és suficient.
3. Quan la contenció farmacològica és suficient. L'experiència del professional i la valoració de la situació concreta indicaran si aquest procediment és possible.
4. Quan l'actitud violenta tingui intencionalitat delictiva: serà competència de l'ordre públic.
5. Com a càstig i/o antipatia cap al pacient.
6. Per comoditat i/o conveniència del personal o d'altres pacients.

Condicions de l'aplicació

La contenció mecànica és un acte que requereix prescripció mèdica i, com a tal, ha de constar a les ordres de tractament dels pacients. El personal d'infer-

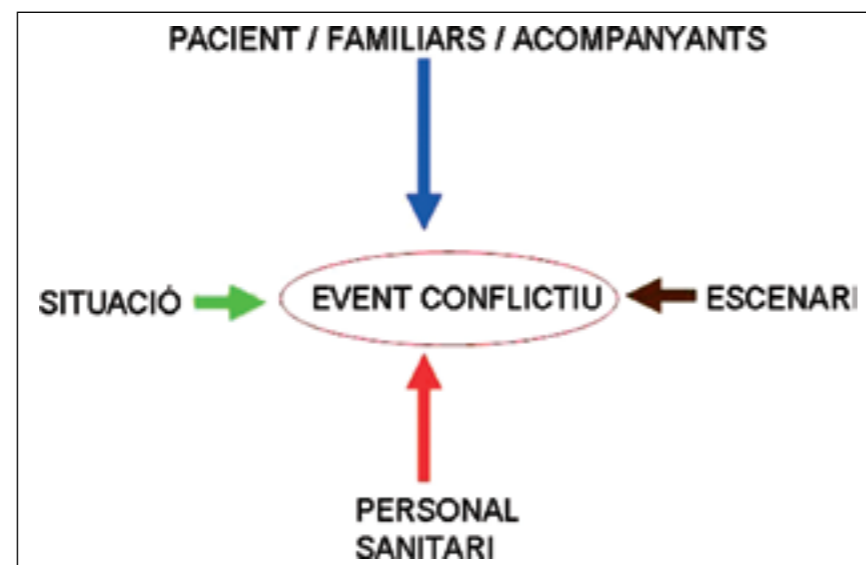


Figura 1. Principals factors participants en la relació pacient/família-personal sanitari

meria també pot indicar una contenció mecànica en cas d'urgència i avisar el metge o metgessa que, posteriorment, serà qui ratificarà o no la contenció.

La durada i els horaris de revisió de la subjecció també s'han d'especificar. El temps màxim aconsellable de qualsevol subjecció i/o aïllament és de 8 hores. Si aquest període de temps s'ha de perllongar, s'haurà d'autoritzar mitjançant la signatura del facultatiu o facultativa i el personal d'infermeria responsable del pacient. El temps màxim de perllongament hauria de ser de 72 hores.

La subjecció és una tècnica d'infermeria que rebrà ajuda d'auxiliars i zeladors. S'ha d'aplicar amb personal suficient i format. Es considera que per contenir un pacient es requereix un mínim de 4 persones, encara que és aconsellable comptar amb 5 persones: un per a cada extremitat i un per al cap (vegeu fotografia 1). Si hi ha resistència per part del pacient i no es disposa del personal necessari, es demanarà la col·laboració del personal de seguretat de l'hospital o, si cal, de les forces d'ordre, segons la intensitat del quadre.

Un cop s'ha pres la decisió de contenir físicament el pacient, s'ha de fer de la manera més ràpida i coordinada possible. Un membre de l'equip serà qui dirigirà la contenció i haurà de ser visible per al pacient per intentar tranquil·litzar-lo. La resta de l'equip no mostrarà agressivitat verbal ni física. S'ha d'actuar amb professionalitat, sense implicacions personals, i evitar respondre a insults i provocacions.

Un cop el pacient està estirat al llit, preferentment en decúbit supí, se l'ha de subjectar amb les corretges de lona homologades per a aquest ús. S'immobilitzaran un mínim de dues extremitats contralaterals i un màxim de quatre extremitats més la cintura, en funció de la intensitat de l'agitació i de les característiques del pacient. Per protegir la intimitat del pacient, es procurarà allotjar el pacient en una habitació individual, prop del control d'infermeria, i disminuir al màxim l'estimulació ambiental.

Durant les primeres hores després de la subjecció, el pacient haurà de rebre una valoració mèdica per tal de conèixer-ne l'evolució clínica i, si és possible, l'origen de la seva conducta. Si és necessari, se sol·licitaran les proves complementàries corresponents.

Durant tot el procés, es realitzarà el control i el registre de les constants vitals i també s'haurà de vigilar l'estat d'hidratació, perfusió, alimentació, eliminació i consciència, així com el possible risc d'aspiració que comporta la posició de decúbit supí. Si es preveu una contenció perllongada, es podrà administrar tractament anticoagulant per evitar el risc de trombosi venosa profunda.

Quan s'hagi controlat l'agitació psicomotora, s'haurà de procedir a l'alliberació gradual dels punts de subjecció. Si

Taula 1. Indicacions EXPLÍCITES de subjecció i/o aïllament

Pacients amb agitació psicomotora quan fracassen les altres mesures de contenció:

- Prevenir lesions als pacients.
- Prevenir lesions a altres persones.
- Evitar arrencament de mesures de suport vital.
- Evitar danys físics significatius al servei.

Si ho sol·licita voluntàriament el pacient i existeix una justificació clínica i/o terapèutica.

Aplicació de tractaments terapèutics en contra de la voluntat del pacient amb autorització judicial:

- Tractaments intravenosos i intramusculars.
- Alimentació per sonda nasogàstrica o via parenteral.

Modificat de: Ramos Brieva, JA. Contenció mecànica. Barcelona: Masson; 1999.

el pacient col·labora en tot moment, es podrà suspendre la contenció mecànica.

Aspectes legals

L'equip sanitari valorarà les implicacions mèdiques, ètiques i legals en cada cas. En tot moment s'haurà d'entendre la contenció mecànica com una mesura terapèutica i no com un càstig.

Aquest pla terapèutic específic s'acostuma a aplicar sense el consentiment dels pacients, de manera que se'ls està privant de llibertat.

La regulació legal d'aquests procediments queda reflectida a la Llei 41/2002, del 14 novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (BOE núm. 274, de 15/11/2002, p. 40126-40132).

S'haurà de procedir a un ingrés involuntari i, per tant, es farà la corresponent

La contenció mecànica serveix de mesura terapèutica i no de càstig

Taula 2. Indicacions RELATIVES de subjecció i/o aïllament

Sempre que no sigui possible la contenció verbal i davant de:

- Destrucció del mobiliari i altres elements físics del servei.
- Destrucció de les propietats d'altres pacients.
- Crits incontrolables amb altres mitjans.
- Embrutar reiteradament l'habitació amb aliments o excrements.
- Exhibició reiterada del cos nu davant dels altres.
- Masturbació en públic.
- Persecució reiterada amb finalitats sexuals cap a altres pacients o personal sanitari.
- La conducta del pacient desencadena violència en altres pacients.

Modificat de: Ramos Brieva, JA. Contenció Mecànica. Barcelona: Masson; 1999.

comunicació judicial, en la majoria de casos, en l'àmbit d'urgències psiquiàtriques.

Per concloure, només ens resta esmentar que la contenció mecànica és una mesura terapèutica altament útil, segura, amb molt pocs efectes secundaris i en determinades situacions més eficaç que la utilització de segons quins fàrmacs. A més, en molts casos esdevé imprescindible per controlar, estudiar i tractar les múltiples i complexes etiologies que originen qualsevol quadre d'agitació psicomotora.

Dra. Esther Mora
Metgessa resident de Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria

BIBLIOGRAFIA:

- Chinchilla. Manual de urgències psiquiàtriques. Masson; 2003.
- Cíviera, Pérez, Corbera. Urgències en psiquiatria. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza; 2003.
- Ramos Brieva, JA. Contenció mecànica. Barcelona: Masson; 1999.
- Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 3a edició. Ars Medica; 2006.
- Salazar. Tratado de psicofarmacología. Panamericana; 2005.

La contenció farmacològica en la pràctica clínica habitual

Ante un paciente agitado, lo primero que debemos hacer es descartar una patología orgánica. La lista de las patologías orgánicas que pueden causar agitación es innumerable. Por lo tanto, nos puede resultar más fácil acordarnos de la siguiente regla nemotécnica en el momento de buscar la causa de la agitación: FIND ME. Estas siglas se atribuyen a Funcional (desorden psiquiátrico), Infección, Neurológico, Drogas, Metabólico, Endocrinológico. Una vez hemos analizado si la causa de la agitación es de tipo orgánico, debemos tratarla, sin olvidar los cuidados básicos que hay que tener con el paciente agitado. Estos cuidados son: control de constantes vitales, vigilancia de la vía aérea e hidratación adecuada.

Posteriormente, podemos valorar el uso de diversos fármacos. El medicamento que más se usa es el haloperidol. La ventaja de este fármaco es que es poco sedante. Se usa si la causa de la agitación es desconocida o en intoxicaciones graves. La presentación es VO (vía oral), IM (intramuscular), IV (intravenosa) o SC (subcutánea). Las

Ante un paciente agitado, se descarta una patología orgánica

ampollas son de 5 mg/ml, los comprimidos de 10 mg y las gotas de 2 mg/ml. La dosis es 2,5-15 mg VO repartidos en 3 dosis o 2-10 mg IM, IV o SC cada 4-8 horas. El efecto máximo del haloperidol se alcanza en 30-45 minutos si se administra de manera IM o en 2-4 horas si se administra VO. La latencia es 10-30 min (IM) o 1-2 horas (VO). La vida media es 12-38 horas. Tiene menos efectos anticolinérgicos e hipotensores. La desventaja son los síntomas extrapiramidales (disonía y acatisia).

Otros fármacos a tener en cuenta en el momento de tratar la agitación son los neurolepticos atípicos: Sinogan® (levomepromazina) y Largactil® (clorpromazina). Estos son extraordinariamente sedantes y anticolinérgicos, por lo que pueden aumentar la confusión

del enfermo. Tienen riesgo de hipotensión, aspiración, delirium, etc. Se presentan en comprimidos de 25 y 100 mg, gotas de 40 mg/ml y ampollas de 25 mg/5ml. Las dosis son: Sinogan® VO 10-25 mg/día en 2 dosis, Largactil® (clorpromazina) VO 25-100 mg/día en 3 dosis e IM 25-50 mg cada 6-8 horas. Asimismo, se puede administrar Zyprexa® (olanzapina) 2,5-10 mg/día VO o IM y Risperdal® (risperidona) 1-4 mg/día VO.

Las benzodiazepinas se usan en pacientes con el funcionamiento alterado de la vía dopaminérgica, daño cerebral previo, síndrome de abstinencia, intoxicaciones leves y en la intoxicación etílica agitada. Los efectos adversos principales de estos fármacos son la disminución del centro respiratorio y la disminución del umbral convulsivo.

Dra. Pamela Cabezas
MIR Medicina Interna
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFIA

- Madoz C et al. El paciente agitado en urgencias. Servicio Navarro de Salud; 2003
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios, 2007
- Clínica Universitaria de Navarra, Medicamentos contra el dolor, 2008

El paciente agitado

El episodio de agitación psicomotriz es una urgencia cada vez más frecuente, a nivel de Atención Primaria y en el ámbito hospitalario. Siempre supone una urgencia de difícil manejo para el personal sanitario, debido a que el paciente es muy poco colaborador y se debe asegurar la integridad física de éste y de todas las personas que le rodean.

La orientación diagnóstica de la etiología del cuadro es de vital importancia y debe descartarse en lo posible organicidad que aparece con tanta frecuencia como causa de los cuadros de agitación.

Definición

En un primer momento, hay que diferenciar entre el paciente violento y el síndrome de agitación psicomotriz.

Paciente violento o agresivo: se trata de un cuadro consistente en agresividad, hostilidad, brusquedad y tendencia a la destrucción, pudiendo manifestar tanto autoagresividad como heteroagresividad. Suele darse en pacientes de 15 a 30 años, con antecedentes de conducta violenta y con carencia de vínculos familiares.

Síndrome de agitación psicomotriz: se manifiesta por un aumento de actividad motora, inadecuada, incoherente, que se acompaña de alteración en la esfera emocional y en la que también puede haber actividad vegetativa acompañante.

Etiología

Agitación no psiquiátrica

Estos cuadros suelen ser de inicio brusco, con alteración del nivel de conciencia, desorientación temporoespacial, discurso incoherente, etc.

CAUSAS ORGÁNICAS (síndrome confusional agudo o delirium):

- Alteraciones metabólicas.
- Infecciones urinarias, respiratorias y del sistema nervioso central.
- Insuficiencia respiratoria, cardíaca, hepática, renal.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Posoperatorio.
- Crisis epilépticas y demencias.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Neoplasias avanzadas o del sistema nervioso central.
- Fármacos (levodopa, digoxina, antiH2, antiH1, corticoides, benzodiazepinas, neurolepticos, etc.).
- Intoxicaciones (alcohol, drogas de abuso, benzodiazepinas, etc.).
- Síndromes de abstinencia (alcohol, opiáceos, etc.).

Agitación psiquiátrica

Se caracteriza por presentar una psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica. La conciencia está clara y limpia, pueden existir alucinaciones auditivas (muy raramente visuales), ideación delirante de perjuicio o megalomaniaca, alteraciones de la afectividad, hostilidad o agresividad.

Agitación psicótica

- Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
- Episodio maniaco.
- Episodio depresivo (depresión agitada más frecuente en niños y ancianos).
- Trastorno por ideas delirantes persistentes.

Agitación no psicótica

- Trastorno explosivo intermitente.
- Crisis de angustia.
- Crisis conversiva.
- Alteración de la conducta en retraso mental o demencia.

Agitación mixta

Se trata generalmente de pacientes psiquiátricos que presentan un componente de organicidad, generalmente intoxicaciones etílicas y/o tóxicas.

Dra. Inmaculada Pablo

BIBLIOGRAFIA:

- Hyman SE, Raymond LW. Agitación, delirio y psicosis en el paciente con un trastorno médico. En: Hyman SE et al. Manual de urgencias psiquiátricas. Masson-Little Brown; 1996. p. 225-233.
- Correas Lauffer J, Villoria Borrego L. El paciente agitado o violento En: Chinchilla A, et al. Manual de urgencias en psiquiatria. Elsevier España SL; 2010. p. 151-164.
- Montes Rodríguez JM, Sáiz Ruiz J. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente agitado. Medicine 2003; 106 (8): 5723-5726.

Terapia dual en combinación con fármaco probiótico

La hidroterapia de colon (HC) es un método terapéutico poco conocido aún en España, pero cuenta con una amplia tradición en otros países europeos¹. En los últimos años, han aparecido varios estudios clínicos en hospitales de Italia, del Reino Unido y de Holanda que demuestran su utilidad en diversas patologías intestinales, especialmente en los pacientes con estreñimiento pertinaz, resistente a las terapias convencionales. Los resultados de estos estudios sugieren una respuesta óptima hasta en un 60% de los casos en los que otros tratamientos han fracasado²⁻⁷. En nuestra experiencia, la HC tiene una gran eficacia en la prevención y el tratamiento del estreñimiento, los gases intestinales y el colon irritable. La incidencia de estreñimiento podría alcanzar hasta a un 10% de la población⁸, por lo que cualquier método terapéutico que mejore los resultados actuales debe ser bienvenido. Las condiciones de vida moderna favorecen enormemente los trastornos intestinales. Entre los factores causales se reconocen el estrés y la rapidez de las comidas, circunstancias que abonan las malas digestiones y, en último término, las disfunciones del intestino grueso y recto-sigma mencionadas.

¿Qué es la hidroterapia de colon?

Es un procedimiento sencillo y muy inocuo que consiste en limpiar el colon, de manera retrógrada, con agua para eliminar los residuos fecales y gases de su interior. Realizada correctamente, con la tecnología actual y por personal entrenado, su tolerabilidad es muy alta y apenas se han descrito efectos indeseables.

Procedimiento

La HC moderna precisa de una maquinaria relativamente sofisticada (fotografía 1) que permite impeler y aspirar agua de forma controlada en el interior del colon por vía rectal. Se utilizan dos sondas delgadas conectadas a la máquina y al recto. Una de ellas introduce el agua limpia, a temperatura regulada por un programa informatizado, y la otra extrae el líquido con

residuos fecales y gases intestinales. El agua inicial pasa por varios filtros y la técnica se realiza en intervalos temporales que alternan la introducción y la extracción. Se acostumbra a acompañar de un masaje abdominal ligero para facilitar el despegue del material adherido a los pliegues intestinales. El volumen total de líquido utilizado es aproximadamente de 10 litros, a baja presión, que provoca unos flujos suaves. El sistema controla la temperatura del agua entre 30° y 37°C y es capaz de realizar contrastes térmicos para estimular la motilidad del colon. La duración de una sesión oscila entre 30 y 45 minutos.

Protocolo de HC

Las sesiones de HC deben seguir un protocolo reglado para minimizar cualquier riesgo y potenciar su eficacia clínica. Este protocolo comprende:

- Anamnesis dirigida a la función gastrointestinal para descartar posibles contraindicaciones como, por ejemplo, lesiones anatómicas rectales o antecedentes de perforación de divertículos.
- Toma de tensión arterial antes y después de la sesión.
- Toma del peso antes y después. No es infrecuente la pérdida de entre 1 y 2 kilos durante el procedimiento.
- Firma de consentimiento informado.
- Siempre se recomienda a los pacientes que las comidas previa y pos-

La HC tiene una gran eficacia en la prevención y el tratamiento del estreñimiento

Las condiciones de vida moderna favorecen los trastornos intestinales



terior a la sesión de HC sean suaves y ligeras. Por ejemplo: a base de puré de verduras y carne o pescado a la plancha.

La terapia dual

Consiste en asociar a la HC un tratamiento vía oral con el probiótico *Lactobacillus plantarum*, indicado para repoblar la flora intestinal, mejorar el tránsito intestinal y disminuir la producción de flatulencias⁹, así como, muy posiblemente, para el tratamiento del colon irritable¹⁰. Datos muy recientes demuestran que el tratamiento con *Lactobacillus* también corrige de manera significativa los problemas de estreñimiento¹¹, incluso en niños¹².

La HC como tratamiento del estreñimiento

Se aconseja un tratamiento inicial de choque con tres sesiones espaciadas en una semana y continuar con una sesión mensual para reeducar al colon. Cuando se consigue superar el problema, se entra en una fase de mantenimiento con dos sesiones al año. Estas dos sesiones anuales se recomiendan en los cambios de estación, en un intento de que los cambios de la temperatura ambiente afecten lo menos posible a la fisiología del colon. Siempre se aconseja la terapia dual con el fármaco probiótico para obtener la repoblación de la flora intestinal rápidamente después de cada sesión de HC⁹⁻¹⁰ y conseguir un efecto sinérgico en el tratamiento del estreñimiento¹¹.

Nuestra experiencia personal en los casos de estreñimiento sugiere que, además de solucionar el problema

Fotografía 1. Máquina para la realización de la hidroterapia de colon

principal funcional, algunos pacientes consiguen normalizar parámetros bioquímicos alterados, como los niveles de colesterol. No existen estudios que demuestren una relación causa-efecto con la HC, pero muy posiblemente en estos casos la asociación beneficiosa puede deberse a un cambio en los estilos de vida y los hábitos dietéticos estimulados por la realización regular de HC.

Montse Ros Bordalba
Diplomada en Enfermería
Directora de Clar@ Salut

BIBLIOGRAFÍA

1. Bekkali NL, Bongers ME, Van den Berg MM, Liem O, Benninga MA. The role of a probiotics mixture in the treatment of childhood constipation. A pilot study. *Nutr J* 2007; 6:17.
2. Bixquert-Jiménez M. Treatment of irritable bowel syndrome with probiotics. An etipatogenic approach at last? *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101:553-564.
3. Cazemier M, Felt-Bersma RJM, Mulder CJJ. Anal plugs and retrograde colonic irrigation are helpful in fecal incontinence or constipation. *World J Gastroenterol* 2007; 13:3101-3105.
4. Crawshaw AP, Pigott L, Potter MA, Bartolo DCC. A retrospective evaluation of rectal irrigation in the treatment of disorders of faecal continence. *Colorectal Dis* 2004; 6:185-190.
5. Gosselink MP, Darby M, Zimmerman DD, Smits AA, van Kessel I, Hop WC, Briel JW, Schouten WR. Long-term follow-up of retrograde colonic irrigation for defaecation disturbances. *Colorectal Dis* 2005; 7:65-69.
6. Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon FEM, Hughes AO. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut* 1992; 33:818-824.
7. Higashikawa F, Noda M, Awaya T, Nomura K, Oku H, Sugiyama M. Improvement of constipation and liver function by plant-derived lactic acid bacteria: A double-blind, randomized trial. *Nutrition* 2009; Epub ahead of print.
8. Kaushik JK, Kumar A, Duary RK, Mohanty AK, Grover S, Batish VK. Functional and probiotic attributes of an indigenous isolate of *Lactobacillus Plantarum*. *PLoS ONE* 2009; 4:e8099.
9. Koch SM, Uludag O, El Naggar K, van Gemert WG, Baeten CG. Colonia irrigati-on for defecation disorders after dynamic graciloplasty. *Int J Colorectal Dis* 2008; 32:195-200.
10. Koch SMP, Melenhorst J, van Gemert WG, Baeten CGM. Prospective study of colonic irrigation for the treatment of defaecation disorders. *Br J Surg* 2008; 95:1273-1279.
11. Pizzetti D, Annibali R, Bufo A, Pescatori M. Colonic hydrotherapy for obstructed defecation. *Colorectal Dis* 2005; 7:107-108.
12. Taffinder NJ, Tan E, Webb IG, McDonald PJ. Retrograde comercial colonia hydrotherapy. *Colorectal Dis* 2004; 6:258-260.

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**

Nuevos avances en el tratamiento del cáncer colorectal metastásico

El cáncer colorectal (CCR) es una enfermedad con una alta incidencia y mortalidad. En Estados Unidos, se estima que hubo una incidencia de 108.070 nuevos casos y cerca de 50.000 muertes por CCR en 2008. En España, cada año se diagnostican más de 25.000 casos nuevos, lo que supone un 15% de la incidencia de todos los tumores. Además, se trata de la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país, después del cáncer de pulmón, con más de 13.000 fallecimientos anuales. La cirugía es la forma primaria de tratamiento y da como resultado la curación en aproximadamente el 50% de los pacientes. La recurrencia tumoral después de la cirugía es habitual y, con frecuencia, la causa definitiva de muerte.

La reciente introducción de terapias moleculares dirigidas ha supuesto un avance en el tratamiento del CCR metastásico (CCRM). Se han desarrollado terapias basadas en las características moleculares de las células malignas y/o de su entorno, con mecanismos de acción definidos que aportan un beneficio clínico claro. Aquí, en Europa, se han comercializado anticuerpos monoclonales anti-VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular) y anti-EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico).

La angiogénesis tumoral es una de las etapas limitantes para la expansión de los tumores primarios y la formación de metástasis. Este proceso se inicia por una desestabilización en los vasos, tras lo cual habrá una activación de las células endoteliales próximas al tumor, que secretarán proteasas y podrán degradar la membrana basal, provocando proliferación y migración y culminando así con la formación de nuevos vasos.

El proceso angiogénico está controlado por el balance entre factores proangiogénicos como el VEGF, entre otros, y factores antiangiogénicos (angiotatina,

trombospondina-1, etc.). En el contexto tumoral, este balance estará inclinado hacia la activación de la angiogénesis como consecuencia de la producción de distintos factores solubles en distintos tipos celulares.

La molécula VEGF ejerce su función a través de una familia de receptores que poseen actividad tirosina quinasa (VEGF-R1, R2, R3) inhibiendo la apoptosis de las células del endotelio vascular y estimulando el desplazamiento de las células precursoras del endotelio vascular hacia los lugares de angiogénesis. Además, controlan la permeabilidad de los vasos y funcionan como factores de supervivencia durante la angiogénesis.

Este amplio espectro de funciones se regula gracias a la acción de diferentes miembros de la familia de VEGF sobre determinados miembros de la familia de receptores, a los que se atribuye el control específico de determinadas respuestas funcionales. VEGF está sobreexpresado en distintos tipos tumorales, entre los que se encuentra el CCR. Este hecho se ha relacionado con un aumento en la invasión vascular, densidad vascular, enfermedad a distancia y peor pronóstico. De ahí la vital importancia de esta molécula como diana terapéutica. Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante IgG1 que actúa uniéndose e inhibiendo todas las isoformas de VEGF. Este anticuerpo es el que posee un mayor desarrollo clínico en el tratamiento del CCRM.

El EGFR es una proteína tirosina quinasa que pertenece a la familia erb/HER y está formada por cuatro receptores diferentes: HER-1/ErbB1, HER-2/neu/ErbB2, HER-3/ErbB3 y HER-4/ErbB4. Esta proteína está formada por una porción extracelular con un extremo aminoterminal que desarrolla la función de ligando, una región hidrofóbica

transmembrana y un dominio intracelular con actividad tirosina quinasa. La unión de los ligandos (TGF- y EGF) a la parte extracelular del EGFR estimula la homo o heterodimerización del receptor con otro receptor de la misma familia, permitiendo la fosforilización de la parte tirosina quinasa de la proteína y su posterior activación.

A partir de aquí se inicia la cascada de transducción, que tendrá como proceso final una activación de la tumorigénesis, estimulando la división celular, la migración y posterior formación de metástasis, la angiogénesis, la desdiferenciación celular y la inhibición de la apoptosis.

La expresión del EGFR ha sido testada en múltiples tumores sólidos, siendo los que presentan mayor expresión el cáncer colorectal (72-89%), los tumores escamosos de cabeza y cuello (95-100%), el cáncer de pulmón no microcítico (40-80%) y la neoplasia de mama (14-91%). La sobreexpresión del EGFR confiere a la enfermedad un peor pronóstico y una peor respuesta a la quimioterapia, por lo que el EGFR se ha establecido como una diana importante en el tratamiento del CCR.

Existen múltiples estrategias para inhibir el receptor, pero las más desarrolladas han sido dos: los anticuerpos monoclonales, que se unen al receptor con alta afinidad compitiendo con sus ligandos naturales, y las moléculas de bajo peso molecular, que inhiben la actividad tirosina quinasa del receptor a nivel intracelular. Cetuximab y panitumumab son dos anticuerpos monoclonales contra el EGFR con amplio desarrollo clínico e indicación aprobada en el tratamiento del CCRM.

Una de las vías intracelulares más importantes que intervienen en la transducción de la señal es la vía Ras. La función de Ras es contribuir al mantenimiento del crecimiento, proliferación y diferenciación celular, un miembro importante de la familia Ras es K-Ras. En los últimos años, se han publicado un número importante de trabajos que evalúan la mutación de K-Ras y la eficacia con el tratamiento basado en anticuerpos monoclonales dirigidos contra el EGFR (cetuximab, panitumumab).

La ausencia de mutaciones en el gen K-Ras es un buen marcador de respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-EGFR en pacientes con CCRM, indicando la necesidad de utilizarlo en la clínica diaria para seleccionar a los pacientes que van a ser candidatos a este tipo de tratamiento.

En este artículo haremos una revisión basada en los ensayos clínicos más importantes relacionados con los tres anticuerpos monoclonales recientemente aprobados para el tratamiento del CCRM. Estos tres anticuerpos son el bevacizumab, el cetuximab y el panitumumab.

Tabla 1: Principales estudios de combinación de quimioterapia y bevacizumab en CCRM

ESTUDIO	TRATAMIENTO	N	RR (%)	TLP (MESES)
Hurwitz et al ¹ (Fase III)*	IFL vs IFL+BV	813	35 vs 45 (p = 0,004)	6,2 vs 10,6 (p < 0,001)
Saltz et al ⁶ (Fase III)*	FOLFOX/XELOX +/- BV	1401	-	8 vs 9,4 (p = 0,0023)
Giantonio et al ⁷ (Fase III)**	FOLFOX4+BV vs FOLFOX4 vs BV (10mg/kg)	829	21,8 vs 9,2 vs 3 (p < 0,001)	7,2 vs 4,8 vs 2,7 (p < 0,001)
Fusch et al ³ (Fase III)*	FOLFIRI+BV vs IFL+BV	117	57,9 vs 53,3	11,2 vs 8,3 (p = 0,28)

N: Número de pacientes; RR: Porcentaje de respuestas; TLP: Tiempo libre de progresión; *: Primera Línea; **: Segunda línea; 5-FU: 5-Fluorouracilo; LV: Leucovorín; BV: Bevacizumab; IFL: 5-fluorouracilo en bolo, leucovorin e irinotecán; FOLFIRI: 5-fluorouracilo en infusión continua, leucovorin e irinotecán; XELOX: capecitabina y oxaliplatino.

Tabla 2: Toxicidades reportadas en el estudio N016966⁶

	PLACEBO + QTA N (%)	BEVACIZUMAB + QTA N (%)
Pacientes	675	694
Algún efecto adverso	141 (21)	207 (30)
Grados 3/4	10821 (15)	145 (21)
Efectos adversos relacionados con bevacizumab	16 (2)	36 (5)
Trombosis venosas	33 (5)	54 (8)
Hipertensión	8 (1)	26 (4)
Sangrado	8 (1)	13 (2)
Trombosis arteriales	7 (1)	12 (2)
Perforaciones GI	2 (< 1)	1 (< 1)
Complicaciones cicatrización	2 (< 1)	1 (< 1)
Fistula o absceso intraabdominal	-	6 (1)
Proteinuria	-	4 (< 1)

QTA: Quimioterapia

Bevacizumab en el tratamiento del cáncer colorectal metastásico

Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante IgG1 que actúa uniéndose e inhibiendo todas las isoformas de VEGF. La indicación en primera línea de tratamiento, en combinación con un esquema de quimioterapia basado en 5-fluorouracilo (5-FU) para pacientes con CCRM, fue aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) en 2004, y poco después por la EMEA (European Medicines Agency) a principios de 2005 sobre la base de los resultados del estudio publicado por Hurwitz y colaboradores¹. Este estudio compara la eficacia y seguridad de la adición de bevacizumab a IFL

(irinotecán, bolo de 5-FU y leucovorin -LV-), demostrándose que la adición del anticuerpo en primera línea supone un aumento significativo en la supervivencia global (SG) (20 meses versus 15,6 meses; p < 0,001), así como en la tasa de respuestas (RR) y tiempo a la progresión (TTP). Este beneficio en supervivencia se observa en todos los subgrupos de pacientes, independientemente del tipo de quimioterapia indicada en segunda línea, pese a que fue el subgrupo de pacientes tratado con oxaliplatino el que obtuvo mayor beneficio presentando una supervivencia de 25,1 meses.

Sin embargo, IFL ha demostrado, posteriormente, ser un régimen de tratamiento subóptimo. El estudio BICC-C evalúa la eficacia y seguridad de

tres esquemas distintos de tratamiento basados en irinotecán: IFL modificado, irinotecán en combinación con infusión continua de 5-FU (FOLFIRI) e irinotecán en combinación con capecitabina². Tras la aprobación de bevacizumab por la FDA, el estudio se modificó para comparar FOLFIRI-bevacizumab con IFL-bevacizumab. No se siguió adelante con la combinación basada en la fluoropirimidina oral por un exceso de toxicidad. Recientemente se han publicado los datos definitivos del estudio en que se demuestra superioridad estadísticamente significativa en términos de SG para FOLFIRI en combinación con bevacizumab alcanzando los 28,0 meses respecto a los 19,2 obtenidos con IFL-bevacizumab (p = 0,037)³.

Así mismo, una vez oxaliplatino fue estableciendo su papel en el tratamiento del CCRM se desarrollaron también estudios en combinación con el anticuerpo. El estudio TREE (Three Regimens of Eloxatin Evaluation)-1 fue diseñado inicialmente para evaluar oxaliplatino en combinación con 5-FU en bolo e infusión continua (FOLFOX) o fluoropirimidinas orales. Sin embargo, tras la aprobación de bevacizumab para el tratamiento de primera línea del CCRM, el estudio se modificó para incluir bevacizumab (TREE-2). La combinación con bevacizumab supuso un aumento de la eficacia antitumoral en todos los brazos en términos de RR, supervivencia libre de progresión (SLP) y SG cuando se hizo una comparación entre las dos cohortes de los estudios (TREE-1 y TREE-2)⁴.

El estudio N016966, en una línea similar al estudio TREE, se concibió inicialmente para demostrar la no-inferioridad de oxaliplatino en combinación con capecitabina (XELOX) respecto a FOLFOX⁵. También se añadió una enmienda para incorporar bevacizumab y establecer una comparación entre la combinación de cualquier régimen de quimioterapia basada en oxaliplatino con bevacizumab o placebo⁶. También, en este caso, la adición de bevacizumab supuso una mejoría en cuanto a la SLP, aunque la magnitud de este aumento no fue tan alta como la observada en el estudio de Hurwitz. Este menor beneficio es debido, según la discusión de los autores, a la interrupción del tratamiento con el anticuerpo fuera del contexto de progresión.

Por otro lado, el uso de bevacizumab no sólo mejora la eficacia de los esquemas de tratamiento basados en oxaliplatino en primera línea metastásica, sino también en aquellos pacientes previamente tratados con irinotecán y 5-FU y que reciben quimioterapia basada en oxaliplatino en la segunda línea (FOLFOX) aumentando tanto la SG como el TTP⁷ (tabla 1).

Cabe decir que aunque en los estudios fase I y fase II con bevacizumab se han observado efectos adversos como

hemorragia, trombosis arterial o proteínuria, en los distintos estudios realizados posteriormente sólo la hipertensión tiene una incidencia considerable en el brazo con bevacizumab. Destacar también que la perforación intestinal es un efecto secundario poco frecuente, aunque debe ser tenido en cuenta en situaciones de pacientes afectados de CCRm que están recibiendo bevacizumab y desarrollan un abdomen agudo (tabla 2).

Bevacizumab como tratamiento de mantenimiento

Demostrada la eficacia de bevacizumab en combinación con regímenes de tratamiento basados en 5-FU, oxaliplatino e irinotecán no queda, sin embargo, bien establecida cuál es la estrategia óptima de tratamiento y, fundamentalmente, la duración del mismo. Los datos existentes en la actualidad sugieren mantener bevacizumab hasta la progresión.

El estudio NO16966 ha mostrado beneficio en términos de SLP en los enfermos tratados con una combinación de quimioterapia basada en oxaliplatino y bevacizumab.

En el análisis por subgrupos, los enfermos tratados con XELOX obtenían este mismo beneficio, pero en el subgrupo de pacientes tratados con FOLFOX sólo se confirmó como estadísticamente significativo cuando el tratamiento con bevacizumab se mantenía hasta progresión⁶.

Recientemente se han publicado los datos del estudio prospectivo observacional BRITe que han arrojado un poco más de luz a este respecto⁸. Este estudio incluyó un total de 1.953 pacientes que recibieron quimioterapia de primera línea a decisión del investigador asociada a bevacizumab.

En el mismo estudio se evaluó la evolución de 1.445 pacientes que ante la primera documentación de progresión se les mantuvo tratamiento con o sin bevacizumab (n = 642 y n = 531, respectivamente) o sencillamente no llegaron a recibir tratamiento (n = 253). La mediana de SG observada fue de 31,8, 19,9 y 12,6 meses, respectivamente, observándose una asociación estadísticamente significativa entre beneficio en supervivencia y tratamiento con bevacizumab de mantenimiento (HR, 0,48; p = 0,001) con una toxicidad extrapolable a la obtenida en los estudios fase III previos.

Estos resultados deben interpretarse como generadores de hipótesis del beneficio del tratamiento con bevacizumab más allá de la progresión a la primera línea de tratamiento. Dos estudios en fase de reclutamiento —iBET y TML— aportarán datos definitivos sobre el beneficio de continuar administrando bevacizumab tras la progresión a la primera línea de tratamiento.

Tabla 3: Relación del estado de K-Ras con RR y SLP: comparación de los estudios CRYSTAL y OPUS^{27, 28}

K-Ras	CRYSTAL CETUXIMAB + FOLFIRI (A) vs FOLFIRI (B)				OPUS CETUXIMAB + FOLFOX (A) vs FOLFOX (B)			
	Normal		Mutado		Normal		Mutado	
	A	B	A	B	A	B	A	B
SLP (meses)	9,9	8,7	7,6	8,1	7,7	7,2	5,5	8,6
HR	0,684		1,07		0,57		1,83	
Valor de p	0,02		0,46		0,016		0,0192	
RR (%)	59	43	36	40	61	37	33	49
Valor de p	0,003		0,46		0,01		0,11	

RR: Porcentaje de respuestas; SLP: Supervivencia libre de progresión; HR: Hazard Ratio

Bevacizumab en el tratamiento de la enfermedad metastásica potencialmente resecable

En pacientes correctamente seleccionados la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a 5 años cuando se puede llevar a cabo una resección de las lesiones hepáticas llega a alcanzar el 25-50%⁹. De este modo, con el objetivo de incrementar la RR y consecuentemente la posibilidad de realizar una cirugía de rescate se puede valorar la indicación, bien de un esquema de quimioterapia en triplete, bien una combinación con anticuerpos monoclonales. En este segundo caso, bevacizumab cobra especial interés en el subgrupo de pacientes con mutación del gen K-Ras. Así mismo, existen distintos estudios que han descrito la viabilidad de un rescate quirúrgico en aquellos pacientes tratados con bevacizumab en combinación con quimioterapia sin presentar una mayor tasa de complicaciones quirúrgicas ni compromiso en la regeneración hepática tras la cirugía¹⁰⁻¹¹. En este sentido, un tratamiento inicial con una combinación que contenga bevacizumab no debe excluir la posibilidad de la cirugía en un segundo tiempo. BEAT es uno de los estudios prospectivos más amplios focalizados en el rescate quirúrgico de las metástasis hepáticas¹². En este estudio, se incluyeron un total de 1.914 pacientes que recibieron bevacizumab asociado a un esquema de quimioterapia a decisión del investigador. Los últimos resultados presentados de este estudio describen una SG a 2 años del 89% para los pacientes tratados con bevacizumab que se hubieran sometido a resección frente al 44% del grupo de pacientes que no pueden ser sometidos a una cirugía de rescate.

Bevacizumab en combinación con terapias anti-EGFR

Estudios preclínicos han demostrado que la inactivación conjunta de

las vías EGFR y VEGFR potencia el efecto antitumoral. La combinación de bevacizumab y cetuximab en pacientes con CCRm refractarios a irinotecán ha tenido buenos resultados en el estudio BOND2 desarrollado en tercera línea de tratamiento¹³. Sin embargo, los estudios CAIRO2 y PACCE no han confirmado el beneficio de esta asociación en el tratamiento de la primera línea del CCRm¹⁴⁻¹⁵. Aunque en el primer caso la asociación de cetuximab a XELOX/bevacizumab no tuvo una influencia negativa en los resultados, en el segundo, la asociación de panitumumab a bevacizumab supone una disminución en la SLP y SG y un aumento en la toxicidad. Partiendo de estos datos, en el momento actual no existe evidencia que avale el uso de este tipo de combinación en la primera línea de tratamiento. Aun así, estos estudios constan de ciertas limitaciones y no deben implicar abandonar esta línea de investigación.

El gen K-Ras como factor predictivo de respuesta al tratamiento con fármacos anti-EGFR

En los dos últimos años se han publicado un número importante de trabajos que evalúan la mutación en K-Ras y la eficacia con el tratamiento basado en anticuerpos monoclonales dirigidos contra el EGFR en pacientes con CCRm¹⁶⁻²³. En este apartado revisaremos los últimos datos publicados y comunicados sobre este tema.

Pacientes con enfermedad quimiorrefractaria

Desde la publicación inicial de Lièvre y colaboradores hasta la fecha se han publicado múltiples estudios retrospectivos con series de pacientes con CCRm que habían progresado a quimioterapia previa y que fueron tratados con cetuximab o panitumumab en monoterapia o en combinación con quimioterapia. En estos estudios

se analizaba la presencia de mutaciones en K-Ras y posteriormente se relacionaba con la posibilidad de respuesta al tratamiento y supervivencia. Se detectaron mutaciones en K-Ras en aproximadamente el 35%-40% de los pacientes. De forma constante, aquellos pacientes con mutaciones en K-Ras no respondían al tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-EGFR y presentaban una menor supervivencia que aquellos con K-Ras nativo.

De los diferentes estudios publicados, destacaremos el de Amado y colaboradores²³, que es un estudio fase III aleatorizado a panitumumab más tratamiento de soporte versus tratamiento de soporte sólo en pacientes con CCRm quimiorrefractario. Se analizó el estado de K-Ras en el tumor de 427 pacientes: el 43% presentaba mutación. La SLP en los pacientes tratados con panitumumab fue de 12,3 semanas para los pacientes con K-Ras nativo y de 7,4 semanas para aquellos con mutación. Los pacientes tratados con tratamiento de soporte sólo obtuvieron una SLP de 7,3 semanas, independientemente del estado de K-Ras. Los pacientes tratados con panitumumab y K-Ras normal obtuvieron una RR del 17% y de estabilizaciones (EE) del 34% comparado con una RR del 0% y una EE del 12% en pacientes con K-Ras mutado.

De forma similar a lo observado con panitumumab, cetuximab carece de actividad en pacientes con CCRm y K-Ras mutado. Cetuximab ha demostrado mejorar la SG y la SLP en pacientes con CCRm quimiorrefractario cuando se comparó con tratamiento de soporte sólo²⁴. En este estudio, además, se analizó la relación entre el estado de K-Ras y datos clínicos de eficacia²⁵. Se analizó el estado de K-Ras en el tumor de 394 pacientes: el 42% presentaba mutación. El grupo de pacientes con K-Ras mutado obtuvo una SLP de 1,8 meses, independientemente de si fueron tratados o no con cetuximab, y una SG de 4,6 meses para los pacientes tratados con cetuximab y de 4,5 meses para los pacientes con tratamiento de soporte sólo. Por el contrario, la SLP fue de 3,8 meses en el grupo con K-Ras nativo tratados con cetuximab y de 1,9 meses para el grupo con tratamiento de soporte sólo y gen no mutado. La SG de los pacientes con K-Ras normal fue superior cuando fueron tratados con cetuximab (9,5 meses) comparado con los pacientes del brazo con tratamiento de soporte sólo (4,8 meses) (p < 0,0001).

Primera línea de tratamiento

El Dr. Tabernero y colaboradores presentaron en el American Society of Clinical Oncology (ASCO) Gastrointestinal Cancers Symposium, celebrado en enero de 2008, la primera serie de pacientes en los que se evaluó el

estado de K-Ras y se correlacionó con actividad antitumoral en pacientes con CCRm tratados en primera línea con cetuximab en monoterapia y asociado a quimioterapia basada en irinotecán (FOLFIRI)²⁶. En este estudio fase I/II se incluyeron 48 pacientes, inicialmente tratados con cetuximab en monoterapia durante 6 semanas y, posteriormente, en combinación con FOLFIRI hasta progresión o toxicidad inaceptable. Se detectaron 16 tumores (pacientes) con mutaciones en K-Ras (41%). En la parte inicial de tratamiento con cetuximab sólo se obtuvieron una RR de 27,6% en los pacientes sin mutaciones en K-Ras, mientras que no se obtuvo ninguna respuesta en los pacientes con tumores con mutaciones en K-Ras (p = 0,015). Cuando se analizó la actividad antitumoral de la combinación cetuximab más FOLFIRI, los pacientes sin mutaciones obtuvieron una RR del 55,2%, frente a un 31,6% en aquellos con mutaciones en K-Ras. La SLP fue de 9,4 meses y 5,6 meses para los pacientes sin mutaciones y con mutaciones en K-Ras, respectivamente (p = 0,0475).

Durante 2009, se han publicado dos importantes estudios que evalúan el valor predictivo de respuesta del estado de K-Ras en pacientes con CCRm tratados con cetuximab más quimioterapia en primera línea de tratamiento²⁷⁻²⁸ (tabla 3). El estudio fase III CRYSTAL investiga la eficacia de la administración conjunta de cetuximab más FOLFIRI comparado con la eficacia de FOLFIRI sólo en pacientes con CCRm en primera línea de tratamiento y cuyos tumores expresan EGFR. Se incluyeron un total de 1.217 pacientes. La adición de cetuximab mejoró de forma estadísticamente significativa la SLP (8,0 versus 8,9 meses, p < 0,005), objetivo principal del estudio, y aumentó la RR (47% versus 39%, p < 0,005). La SLP a 1 año fue del 34% para el brazo de tratamiento combinado y del 23% para el brazo de quimioterapia sola (reducción de un 15% del riesgo de progresión). Posteriormente, se ha estudiado la influencia del estado de K-Ras y la actividad clínica²⁷. Se analizó el estado de K-Ras en 540 tumores. Se detectaron mutaciones en 35,6% de los pacientes. La SLP y la RR fue mejor en pacientes con K-Ras nativo tratados con cetuximab y FOLFIRI (9,9 meses y 59%) comparado con la población global (8,9 meses y 47%). En lugar de una disminución del 15% en el riesgo de progresión se obtuvo una reducción del 32% en aquellos pacientes con K-Ras nativo tratados con cetuximab y FOLFIRI comparado con FOLFIRI sólo. Por otro lado, la adición de cetuximab a FOLFIRI en pacientes con K-Ras mutado no mejoró la SLP (7,6 y 8,1 meses) ni la RR (36% y 40%) entre los brazos de cetuximab más FOLFIRI y FOLFIRI sólo, respectivamente.

El estudio aleatorizado fase II OPUS fue diseñado para comparar la RR de FOLFOX4 más cetuximab versus FOLFOX4 sólo en pacientes con CCRm previamente no tratados cuyos tumores expresaban EGFR. Se incluyeron un total de 337 pacientes. La RR fue superior en el brazo de combinación (45,6%) comparado con el brazo de FOLFOX4 sólo (35,7%). Posteriormente, se evaluó la relación entre el estado de K-Ras y la actividad clínica²⁸. Se analizó K-Ras en 233 pacientes encontrándose mutaciones en el 42% (99/233) de las muestras tumorales. En pacientes con K-Ras nativo, la adición de cetuximab a FOLFOX4 aumentó la RR y la SLP (61% versus 37%, p = 0,011; y 7,7 versus 7,2 meses). Sin embargo, la adición de cetuximab a FOLFOX4 no mejoró los resultados en pacientes con K-Ras mutado. La SLP en el grupo de FOLFOX sólo fue de 7,2 meses, tanto en la población global como en el grupo de pacientes con K-Ras nativo, comparado con 5,5 meses en aquellos pacientes con K-Ras mutado tratados con cetuximab más FOLFOX4. Este dato sugiere la posibilidad de un efecto negativo de la combinación de cetuximab más FOLFOX4 en pacientes con K-Ras mutado.

Estas publicaciones de 2009, así como los resultados de los estudios retrospectivos publicados en los dos últimos años, confirman la actividad de los anticuerpos monoclonales dirigidos contra el EGFR (panitumumab y cetuximab) en pacientes con tumores sin mutaciones en K-Ras, a la vez que nos informan de la inutilidad de estos fármacos en pacientes con mutaciones. La determinación del estado mutacional de K-Ras es ya un procedimiento estándar a realizar en pacientes con CCRm que puedan beneficiarse del tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos contra el EGFR, tanto en primera como en sucesivas líneas de tratamiento.

Conclusiones

Sin lugar a dudas, uno de los tumores en el que el tratamiento ha evolucionado de manera significativa ha sido el CCR, que ha pasado de tener un solo fármaco (5-FU) para tratar a los pacientes a tener varios (irinotecán, oxaliplatino, capecitabina, etc.), lo que ha aumentado las posibilidades terapéuticas, que han permitido aumentar las respuestas objetivas, el tiempo a la progresión y la supervivencia de nuestros pacientes. En los últimos años, la introducción de terapias moleculares dirigidas supone un nuevo avance en el tratamiento del CCR. Se han desarrollado terapias basadas en la biología, con mecanismos de acción definidos que aportan un beneficio clínico claro. En Europa se han comercializado anticuerpos monoclonales anti-VEGF y anti-EGFR.

La angiogènesis tumoral es una de les etapes limitantes para la expansió de los tumores primarios y la formació de metástasis. El proceso angiogénico está controlado por el balance entre factores proangiogénicos como el VEGF, entre otros, y factores antiangiogénicos. La molécula VEGF ejerce su función a través de una familia de receptores que poseen actividad tirosina quinasa inhibiendo la apoptosis de las células del endotelio vascular y estimulando el desplazamiento de las células precursoras del endotelio vascular hacia los lugares de angiogénesis. VEGF está sobreexpresado en distintos tipos tumorales entre los que se encuentra el CCR. Este hecho se ha relacionado con un aumento en la invasión vascular, densidad vascular, enfermedad a distancia y peor pronóstico. De ahí la vital importancia de esta molécula como diana terapéutica. Bevacizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante IgG1 que actúa uniéndose e inhibiendo a todas las isoformas de VEGF. Este anticuerpo ha demostrado mejorar la SG de pacientes con CRM, tanto en primera como en segunda línea de tratamiento, junto con quimioterapia. El EGFR es una glucoproteína transmembrana codificada por el protooncogén *erbB-1*. Su expresión ejerce un papel fundamental en la regulación del crecimiento y diferenciación celular. La unión del ligando al EGFR induce la activación de una serie de acontecimientos de transducción de la señal, entre ellos la actuación de la vía Ras. La función de Ras es contribuir al mantenimiento del crecimiento, proliferación y diferenciación celular, un miembro importante de la familia RAS es K-Ras. En los últimos años se han publicado un número importante de trabajos que evalúan la mutación K-Ras y la eficacia con el tratamiento basado en anticuerpos monoclonales dirigidos contra el EGFR. La ausencia de mutaciones en el gen K-Ras es un buen marcador de respuesta al tratamiento con anticuerpos anti-EGFR de pacientes con CCR, indicando la necesidad de utilizarlo en la clínica diaria para seleccionar a los pacientes que van a ser candidatos a este tipo de tratamiento. Cetuximab y panitumumab han demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con CCRm con gen K-Ras nativo.

Próximos avances en el conocimiento de la biología molecular del CCR permitirán disponer de nuevas opciones terapéuticas que mejoren el pronóstico de los pacientes con CCR. Serán necesarios más ensayos clínicos que confirmen la utilidad de nuevos fármacos dirigidos contra nuevas dianas terapéuticas.

Dr. Fco. Javier Ramos
Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitari Arnau
de Vilanova, Lleida

BIBLIOGRAFÍA

- Hurwitz HI, Fehrenbacher L, Novotny W, et al. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 350:2335-2342, 2004.
- Fuchs CS, Marshall J, Mitchell E, et al. Randomized, controlled trial of irinotecan plus infusional, bolus or oral fluoropyrimidines in first-line treatment of metastatic colorectal cancer: Results from the BICC-C study. *J Clin Oncol* 25:4779-86, 2007.
- Fuchs CS, Marshall J, Barrueco J. Randomized, controlled trial of irinotecan plus infusional, bolus or oral fluoropyrimidines in first-line treatment of metastatic colorectal cancer: Updated results from the BICC-C study. *J Clin Oncol* 26:689-90, 2008.
- Hochster HS, Hart LL, Ramanathan RK, et al. Safety and efficacy of oxaliplatin and fluoropyrimidine regimens with or without bevacizumab as first-line treatment of metastatic colorectal cancer: results of the TREE study. *J Clin Oncol* 26:3523-9, 2008.
- Cassidy J, Clark S, Diaz-Rubio E, et al. Capecitabine plus oxaliplatin (XELOX) versus 5-fluorouracil plus oxaliplatin (FOLFOX4) plus bevacizumab or placebo as first-line therapy in metastatic colorectal cancer: A randomised non inferiority phase III study. *J Clin Oncol* 26:2006-2012, 2008.
- Saltz LB, Clarke S, Diaz-Rubio E, et al. Bevacizumab in Combination With Oxaliplatin-Based Chemotherapy As First-Line Therapy in Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Phase III Study. *J Clin Oncol* 12:2016-2019, 2008.
- Giantonio BJ, Catalano PJ, Meropol NJ et al. Bevacizumab in combination with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin (FOLFOX4) for previously treated metastatic colorectal cancer: results from the Eastern Cooperative Oncology Group E3200. *J Clin Oncol* 25:1539-1544, 2007.
- Grothey A, Sugrue M, Purdie D, et al. Bevacizumab Beyond First Progression Is Associated With Prolonged Overall Survival in Metastatic Colorectal Cancer: Results From a Large Observational Cohort Study (BRITE). *J Clin Oncol* 26:5326-5334, 2008.
- Nordlinger B, Van Cutsem E, Rougier P, et al. Dose chemotherapy prior to liver resection increases the potential for cure in patients with metastatic colorectal cancer? A report from the European Colorectal Metastases Treatment Group Eur J Cancer 43:2037-45, 2007.
- Gruenberger B, Tamandl D, Schueller J, et al. Bevacizumab, Capecitabine and Oxaliplatin As Neoadjuvant Therapy for Patients With Potentially Curable Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol* 26:1830-1835, 2008.
- Reddy SK, Morse MA, Hurwitz HI, et al. Addition of bevacizumab to irinotecan and oxaliplatin-based preoperative chemotherapy regimens does not increase morbidity after resection of colorectal liver metastases. *J Am Coll Surg* 206:96-106, 2008.
- Van Cutsem E, Berry S, Michael M, et al. Safety and efficacy of bevacizumab plus standard first line chemotherapy in patients with metastatic colorectal cancer: First BEAT. *Ann Oncol* 19 (Supplement 8): viii125, 2008.
- Saltz LB, Lenz HJ, Kindler HL, et al. Randomized phase II trial of cetuximab, bevacizumab and irinotecan compared with cetuximab and bevacizumab alone in irinotecan-refractory colorectal cancer: the BOND-2 study. *J Clin Oncol* 25:4557-4561, 2007.

- Punt C, Rodenburg J, Cats A, et al. Randomized phase III study of capecitabine, oxaliplatin and bevacizumab with or without cetuximab in advanced colorectal cancer, the CAIRO2 study of the Ditch Colorectal Cancer Group (DCCG). *ASCO* 2008; 26: 180s (Abs nº4011).
- Hecht JR, Mitchell E, Chidiac T, et al. Interim results from PACCE: irinotecan, bevacizumab +/- panitumumab as first-line treatment for metastatic colorectal cancer. *Proc ASCO GI* 2008 (Abs nº 279).
- Lièvre A, Bachet JB, Le Corre D, et al. KRAS mutations status is predictive of response to cetuximab therapy in colorectal cancer. *Cancer Res* 66:3992-3995, 2006.
- Lièvre A, Bachet JB, Boige V, et al. KRAS mutations as an independent prognostic factor in patients with advanced colorectal cancer treated with cetuximab. *J Clin Oncol* 26:374-379, 2008.
- Benvenuti S, Sartore-Bianchi A, Di Nicolantonio F, et al. Oncogenic activation of the RAS/RAF signaling pathway impairs the response of metastatic colorectal cancers to anti-epidermal growth factor receptor antibody therapies. *Cancer Res* 67:2643-2648, 2007.
- Di Fiore F, Blanchard F, Charbonnier F, et al. Clinical relevance of KRAS mutation detection in metastatic colorectal cancer treated by Cetuximab plus chemotherapy. *Br J Cancer* 96:1166-1169, 2007.
- De Roock W, Piessevaux H, De Schutter J, et al. KRAS wild-type state predicts survival and is associated to early radiological response in metastatic colorectal cancer treated with cetuximab. *Ann Oncol* 19:508-515, 2008.
- Khambata-Ford S, Garrett CR, Meropol NJ, et al. Expression of epiregulin and amphiregulin and K-ras mutation status predict disease control in metastatic colorectal cancer patients treated with cetuximab. *J Clin Oncol* 25:3230-3237, 2007.
- Cappuzzo F, Varella-Garcia M, Finocchiaro G, et al. Primary resistance to cetuximab therapy in EGFR FISH-positive colorectal cancer patients. *Br J Cancer* 99:83-89, 2008.
- Amado RG, Wolf M, Peeters M, et al. Wild-type KRAS is required for panitumumab efficacy in patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 26(10): 1626-1634, 2008.
- Jonker DJ, O'Callaghan CJ, Karapetis CS, et al. Cetuximab for the treatment of colorectal cancer. *N Engl J Med* 357:2040-2048, 2007.
- Karapetis CS, Khambata-Ford S, Jonker DJ, et al. K-ras mutations and benefit from cetuximab in advanced colorectal cancer. *N Engl J Med* 359(17): 1757-1765, 2008.
- Tabernero J, Cervantes A, Ciardiello F, et al. Correlation of efficacy to KRAS status (wt vs. mut) in patients (pts) with metastatic colorectal cancer (mCRC), treated with weekly (q1w) and q2w schedules of cetuximab combined with FOLFIRI. *Proceedings ASCO Gastrointestinal Cancers Symposium* 285 (abstract 435), 2008.
- Van Cutsem E, Kohne CH, Hitre E, et al. Cetuximab and Chemotherapy as Initial Treatment for Metastatic Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 360(14): 1408-1417, 2009.
- Bokemeyer C, Bondarenko I, Makhson A, et al. Fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin with and without cetuximab in the first-line treatment of metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 27(5): 663-671, 2009.

Descripcions anatòmiques a la “Iliada”

Com ja se sap, malgrat la forta influència de l'anglès, moltes expressions, mots i conceptes de l'àmbit mèdic, per no dir la gran majoria, són les pròpies de la llengua grega, i altres del llatí, segurament perquè en el moment de la recepció i sistematització s'empraven les llengües clàssiques en l'ensenyament superior. Avui, això és un signe d'identitat de la nostra cultura que ens recorda d'on venim i on tenim les arrels.

Posats a mirar el món clàssic, una de les obres més representatives és la *Iliada*, que ens transmet una imatge molt interessant de la societat de llavors, especialment dels valors i dels sentiments humans: l'amistat, la solidaritat, l'enyorament, l'odi, la venjança, l'amor i el dolor del pare —quan Príam acut fins al campament d'Aquil·les per demanar-li el cadàver del fill—, i també de la cruessa i destrucció que comporta la guerra.

Per mi, la *Iliada* no és una confrontació entre bons i dolents, sinó entre homes valents i solidaris amb els seus, amb les seves febleses i virtuts, arrossegats pels esdeveniments d'una guerra que no poden aturar. Per descriure les escames d'aquesta guerra, el poeta assenyalava amb exactitud les diferents parts del cos afectades per les puntes de llances i fletxes llançades amb precisió durant el combat. Ja en el cant IV trobem la intervenció de Macaon, fill d'Asclepi, que és cridat per curar la ferida que té Menelau després del seu combat amb Paris. Podem dir que fa una assistència urgent, amb pocs mitjans, aplicant els coneixements adquirits per tradició familiar. El poeta ho descriu així:

“Quan hagué vist la ferida que li causà l'amarga sageta, li xuclà la sang i l'empolvorà amb remeis lenitius que coneixia molt bé, perquè un dia Quiró els procurà amicalment al seu pare.”
Paga la pena repassar aquesta descripció. Amb poques paraules ens dona una lliçó de bona pràctica clínica. En primer lloc, l'exploració personal, directa i acurada de la ferida. Tot seguit, el tractament, començant per la desinfecció —li xuclà la sang infectada— i, després, l'aplicació dels remeis que han de calmar el dolor i ajudar a la recuperació.

Veig Macaon com un antecedent dels metges militars que durant tants anys han acompanyat els exèrcits de tot el món i me l'imagino situat en una tenda, prop del camp de batalla, portant un sarró amb remeis, a punt de sortir per atendre els ferits.

Pel que fa a les descripcions de les afectacions dels cops de llança, generalment trobem descripcions de les regions altes del cos. Així, en el cant V, en el qual es relata una gran batalla amb gran protagonisme de Diomedes, s'expliquen, entre altres, les següents accions:

Mort d'Odi per Agamèmnon: “Li enfonsà la llança a l'esquena, enmig de les dues espatlles, i li traspassà el pit.”

Mort de Festos per Idomeneu: “El va percutir amb l'enorme pica a l'espatlla dreta.”

Mort de Ferede per Meriones: “El va encaçar i, a punt d'atrapar-lo, li va tirar a la natja dreta; la punta de la llança arribà dreturera a la seva bufeta, per sota de l'os.”

Mort de Pedeu per Meges: “Li clavà al cap l'afilada llança, just al clatell. El bronze li traspassà les dents i va arrencar-li la llengua.”

Mort d'Hipsèrar per Eripl: “El va colpir al múscul i li segà el braç feixuc que, sangonant, rodolà per terra.”

Ferida que pateix Diomedes: “La sageta el colpí al múscul dret, damunt l'espatllera de la cuirassa.”

Mort d'Antinous i Hepèron per Diomedes: “L'un va encertar-lo al mugró amb la llança guarnida de bronze i l'altre, amb l'enorme espasa, el colpí a la clavícula, devorà l'espatlla i la hi separà del coll i l'esquena.”

Mort de Pàndar per Diomedes: “Menà directament el tret vers el nas, a la vora de l'ull. Passant a través de les blanques dents, el bronze implacable li arrencà la llengua i la punta aflorà a l'extrem del mentó.”

Lesió de Diomedes per l'atac d'Eneas: “Va gitar la pedra i el colpí al maluc, al joc de l'os de la cuixa, que hom anomena còtila. L'aspra pedra li rompé la pell, li destrossà la còtila i li malmatè els tendons.”

Lesió de la dea Afrodita per l'atac de Diomedes: “Amb la punyent pica, la ferí a l'arrel de la mà. La llança perforà

la pell, just damunt el canell, i la sang immortal de la dea fluí.”

Mort de Midó per Antíloc: “Llançant-li una pedra, el ferí al colze i amb l'espassa, el colí en una templa.”

Mort de Tlepòlem per Sarpèdon: “Encertà Tlepòlem al bell mig del coll i la punta danyosa obrí camí travessant-li la gola.”

En altres cants també trobem descripcions anatòmiques. Per no fer-nos reiteratius, només n'esmentarem les més representatives.

Al cant XII, que relata una batalla al costat de les naus dels argius, explica la mort d'Hipsenor Hipásida dient: “La llança es clavà al fetge, sota el diafragma.”

Més endavant, la mort de Toan per Antíloc es descriu així: “Li tallà la vena que, corrent pel dors, arribà fins el coll.”

La mort d'Adamant per Meriones retrata els letals efectes de les infeccions abdominals per l'acció de la pols i altres partícules que es mouen pel camp obert dient: “La llança penetrà entre el melic i les parts, on són molt perilloses les ferides que reben en la guerra els miserables mortals.”

I també la mort d'Harpalió per part de Meriones: “La broncina sageta s'enfonsa en la natja dreta del troià, i la travessa la bufeta per sota l'os i surt per l'altre costat.”

La mort d'Euquenor per Paris detalla els òrgans del cap, dient: “Li clavà la fletxa sota la barra i l'orella.”

Per acabar, només una referència a l'esperat combat entre Hèctor i Aquil·les, que justifica tota l'obra, apuntat des del començament, però que hom no trobarà fins al cant XXII.

La mort d'Hèctor es presenta com un fet inevitable i es descriu així: “Només quedava al descobert el lloc que les clavícules separen el coll de les espatlles, la gola, que és el lloc per on més prompte surt l'ànima. Allí és on el diví Aquil·les li envia la pica a Hèctor i la punta, travessant el delicat coll, surt per la nuca.”

Deixant de banda la bellesa del llenguatge, admiro especialment la precisió i la capacitat de síntesi que té el poeta en les seves descripcions, atès que en poques paraules ens transmet clarament la cruessa de la guerra i el devastador efecte dels combats. Per això, estem davant d'una obra immortal.

Rellegir la *Iliada* serà un plaer, especialment en l'acurada edició de la Fundació Bernat Metge, que publica l'obra traduïda per Montserrat Ros i Ribas, de la qual he agafat els textos transcrits i, al mateix temps, podem comprovar que, després de tants anys, i tantes guerres, hi ha coses que no han canviat tant.

J. Corbella i Duch
Advocat

Impressions al costat d'un metge de família. Avui i 25 anys enrere

Són les 8 del matí d'un dia qualsevol de juliol de 2009. Som en un centre d'Atenció Primària d'un barri de la ciutat de Lleida. Dins del centre, prop de recepció, ja hi ha una colla de gent a punt d'arromangar-se per extreure's la mostra de sang per a l'anàlisi. Entra algun malalt que segurament demanarà visita "avui mateix!" per un problema que no pot esperar... i algun professional que arriba just a temps per començar un nou dia de feina. Altres companys ja fan el primer café del matí i van aviat a veure el llistat de les visites programades.

- Doctor —li diu algú quan passa davant la sala d'espera—, m'ha de veure ara, que no estic gens bé!

- Ja t'avisaré, Antònia (o Pau, o Estela, o Abdul, o...). Quan tingui un forat entre visites, et faig passar, espera aquí!

Entra la Carmina per la porta de la consulta i saluda. Gairebé sempre, el metge coneix els qui visita i ells, els malalts, saben que el doctor els reconeix. A més, pensen fins i tot que el metge es recorda exactament d'on li feia mal l'esquena o d'aquest dolor que no acaba de marxar, malgrat les pastilles que ja fa uns dies que pren.

- Me'n pot donar unes de més fortes, doctor? Quan camino em fa mal i em canso molt...

De fet, la majoria de vegades seria una doctora qui fes la visita, ja que avui a Catalunya hi ha més metgesses que metges a les consultes d'Atenció Primària.

El metge (o la metgessa) ja ha engegat l'ordinador i, un cop posades la clau i les contrasenyes, accedeix a la història de la Carmina, on es veuen les anotacions de les darreres vegades que ha vingut i la medicació que pren.

- Carmina, encara prens el ferro que et vaig donar per a l'anèmia de fa un temps?

- No, doctor, que em provocava diarrea i el vaig deixar.

I veu també les analítiques anteriors amb alguns asteriscs que surten repetits cada vegada.

- Potser haurem de repetir les anàlisis, Carmina. Et donaré uns sobrets de ferro, a veure si els toleres més bé... Té, vés a la farmàcia i et prens aquestes pastilles, els sobres, i continues amb les de la pressió.

- ¿Las de dormir también, doctor?

- Provarem de deixar-les a poc a poc, però no te les esborro per si et fan falta i també te les donaran.

Ara entra l'Adrián, que ja era prop de la porta. És romanès i treballava a la construcció, però fa un any que ve sovint a la consulta i ara diu que "se li acaba la baixa".

Després, és la Maria, amb la seva filla de 18 anys que no obre la boca.

- A veure si li pot donar alguna cosa per aprimar-se, que miri com s'ha posat des que no estudia, ni treballa ni fa res, doctor. Digui-li vostè que estudiï...

- Us presentaré la infermera que tenim, que porta un programa d'alimentació i exercici físic que crec que li pot anar bé... i a tu també, Maria, que veig que tampoc baixes pes.

La tercera és la Dolores i el Juan, que caminen amb dificultat agafats de la maneta:

- A por recetas, que en la farmacia dicen que han caducado y no sale en el papel la mitad de las medicinas que tomamos.

- Vamos a ver... pues aquí sale que se las han dado.

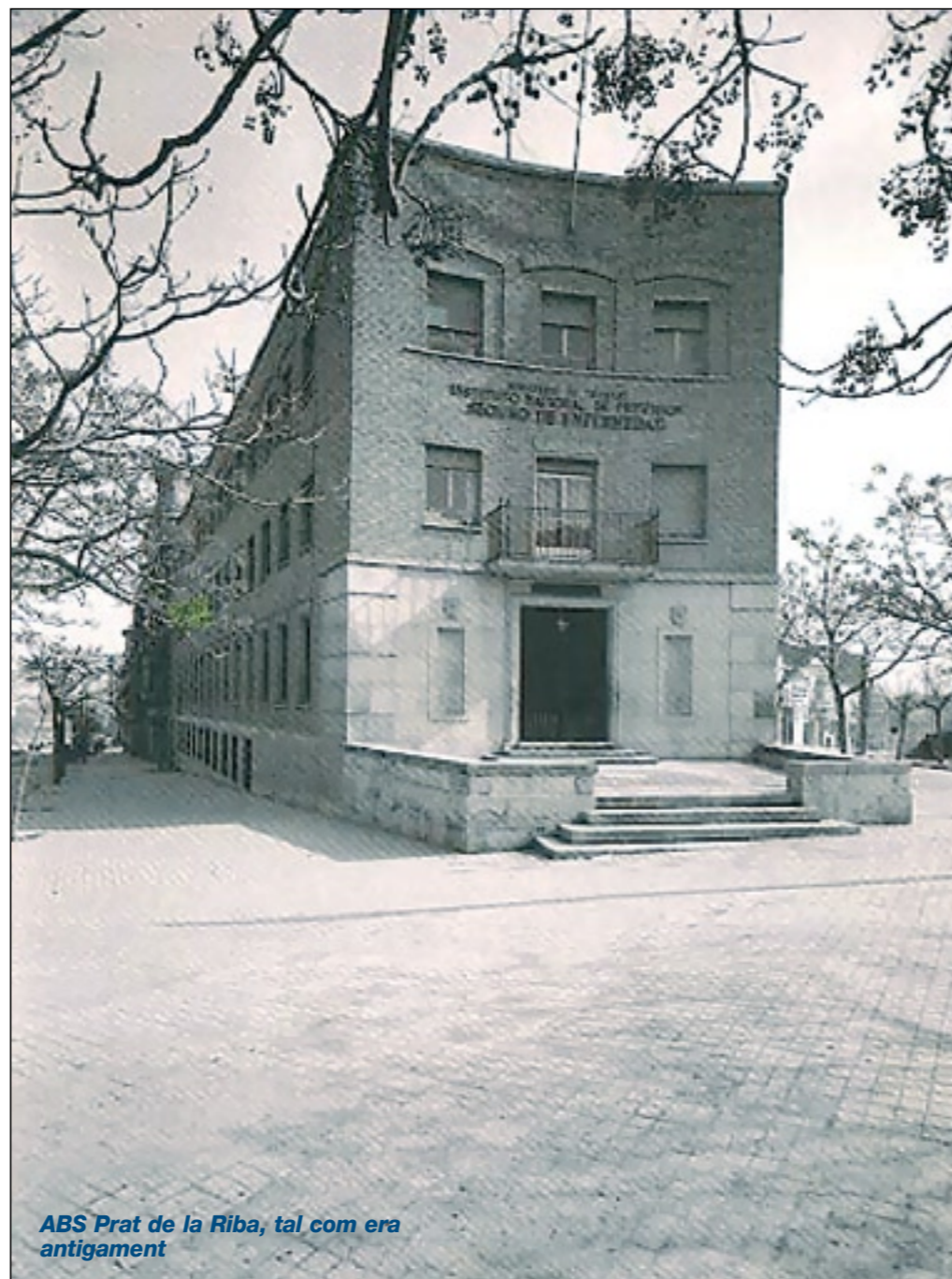
- Sí, pero de las de dormir me he quedado sin.

- Bueno, ya lo arreglamos.

I la quarta és... i la que fa vint és la Yasmína, que treballa fent tasques de neteja...

25 anys enrere, a les 8 del matí d'un dia de juliol de 1984. Al carrer, davant d'un dels tres "ambulatoris del seguro" de la ciutat de Lleida, hi ha una colla de gent que ha fet cua per treure número per al seu metge o que ha vingut per punxar-se la penicil·lina.

Molts viuen en barris que no tenen ambulatori i per això vénen a visitar-se a aquest centre de l'Insalut, de l'Institut Català de la Salut en diuen ara, ja



ABS Prat de la Riba, tal com era antigament

que l'han traspassat a la Generalitat.

Cada malalt porta la cartilla del *seguro* i un sobre amb els cartronets dels medicaments que pren. Ha entrat també un metge jove (un substitut, ha dit la senyora del mostrador) i, per tant, avui no visitarà el doctor titular.

Davant del taulell de recepció hi ha una senyora que diu:

- ¡Oiga! Me tienen que dar visita para hoy, aunque hayan dado todos los números. ¡Yo me encuentro muy mal!

- Pues si está mal, vaya a Urgencias —li diuen al mostrador, però acaben per donar-li el número 35 i li diuen que passada més d'una hora segurament ja la podran visitar.

- ¿Cómo dice que se llama? —li pregunta el substitut de l'interí que avui ha vingut a passar visita. Mentrestant, obre un llibre vermell gruixut (hi posa

Vademecum 1984) per veure si troba el nom del medicament que diu que pren l'Antònia (o el Pau, o la Carmen, o l'Àngel, o...) per fer-li la recepta.

- D'acord, doctor —diu la infermera que estava asseguda al costat del metge. Ja li faig, que li he trobat la fitxa que tenim d'alguns malalts amb les medicines que pren i, a més, me'n recordo que el doctor sempre li fa aquestes receptes. I després entra la Montse per la porta i a la pregunta "Què li passa?" li assenyala el mig de l'esquena i li diu que li fa mal i que ha pres unes pastilles que li van donar a l'ambulatori l'any passat, però que ara fa dues setmanes que les pren i el mal no li marxa. També nota "un mal al mig de l'estómac" i diu que "quan camina una estona, i sobretot al final del dia, li fa més mal i es cansa molt".

El metge substitut li diu a la Montse que li recepatrà unes vitamines, unes gotes, unes pastilles que s'han de mastegar després de les menjades per al mal d'estómac, el ferro que veu que li donava el metge titular i les pastilles de la pressió, i també les de dormir.

Ara entra un senyor d'un 50 anys, un manobre que es diu Manuel Martínez, segons la cartilla que li mostra. Porta unes fotocòpies perquè la infermera li faci els papers de la baixa. Aquesta li diu:

- Se le acaba la baja, Manuel, tendremos que mandarle a Inspección para que nos autoricen 6 meses más... si no, nosotros no podemos hacerle más partes.

La infermera domina el tema dels papers, i així li explica al metge substitut.

Després entra una senyora amb una noia obesa d'uns 18 anys, beneficiària a la cartilla de la Maria Serra, la seva mare, que demana que li doni alguna cosa per aprimar-se...

- Que miri com s'ha posat des que

als residents de medicina de família:

- Com ho veus, Ramon? Què ha canviat des que tu feies consulta?

- Home! Ara és bastant diferent, t'heu molta informació dins de la història: la de les visites anteriors, la de les analítiques, la de la medicació que pren, alguns informes d'especialistes... No feu receptes a mà i podeu consultar els dubtes a Internet.

- No et pensis, no tot és a la història (potser tot no hi ha de ser, tampoc), i sí que veiem les analítiques i el resultat d'algunes proves anteriors. Però sempre és molt més important allò que et diu el malalt, o allò que pots veure tu amb una bona exploració. I, com pots comprovar, no sempre podem fer-ho. Ja veus que toquem moltes tecles per a cada malalt (i mai més ben dit), però sempre tenim molta incertesa de saber què li passa exactament o, millor dit, de tot allò que li passa.

Necessitem temps per preguntar-li què, des de quan i per què pensa que li passa i hem d'escoltar (o veure) tot allò que li succeeix i apuntar-ho a l'apartat

L'assistència a l'atenció primària ha canviat gràcies als nous coneixements mèdics i a la millora dels recursos, però les situacions en què es troben els malalts segueixen sent les mateixes

ha deixat d'estudiar i ni treballa ni fa res, doctor. Digui-li vostè que treballi o faci alguna cosa...

La tercera consulta és per a la Dolores, que també porta la cartilla del Juan i del seu fill José, un matrimoni d'immigrants andalusos que tenen 4 fills ja nascuts a Lleida, amb algun problema de drogues. Avui diu:

- Vengo a por recetas, para mí y para mi marido, que se nos han acabado.

- Bueno, se las hacemos en un momento —li diu el metge substitut.

I la quarta és... i la que fa vint... i la que fa trenta...

Al cap de dues hores de començar les visites, la infermera surt a agafar els cartronets dels 10 darrers per fer-los les receptes (que ja tenia signades) i repartir-les. Al metge substitut l'han trucat de la Casa de Socors per suturar uns ferits en una baralla i hi ha d'anar perquè són les hores que també li tocava fer al metge titular.

Són les 12 del migdia d'un dia de juliol de 2009, mentre prenem un café Nespresso dels que comprem amb la caixa comú.

Em pregunta el doctor Eduard, a qui encara li queden deu visites i un parell de domicilis abans de repassar el PowerPoint amb la presentació de la sessió clínica que avui dona per al personal del centre i, en especial, per

corresponent de la història. Per molta analítica i molts medicaments nous (que, efectivament, van molt bé), tenim més malalts i més malalties, i ja veus que els tractem per a tot: colesterol, depressió, mals d'esquena, "la baja que se le acaba", etc.


Segurament ho podem fer millor que abans, però també tenim limitacions i costa que les nostres medecines facin efecte, sobretot si els mals tenen a veure amb altres condicionants de la malaltia: els relacionats amb els estils de vida, o perquè estan a l'atur o perquè han vingut a un país nou per a ells, on no tots s'han integrat...

- Però moltes coses han canviat en 25 anys, oi?

- I tant! Però ja veus que avui tampoc ho podem solucionar tot, tal com voldríem...

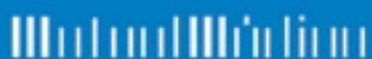
Dr. Ramon Piñol
Metge

Nota: el meu agraïment al doctor Eduard Peñascal, amb qui vaig estar dos dies d'observador com si fos un alumne en pràctiques, però sense repassar gaire la lliçó. Cal dir també que els malalts i les malalties han estat inventades i no tenen res a veure amb les que va atendre els dos dies de consulta, encara que sí que van inspirar aquest escrit.



90 anys al servei del metge

A Mutual Mèdica complim 90 anys fent realitat la nostra missió: oferir la millor cobertura asseguradora al col·lectiu mèdic, amb la màxima garantia de solvència. Si és metge, a Mutual Mèdica estarà segur. Més de 35.000 metges ja confien en nosaltres.



MutualMèdica

De metge a metge

90 anys
de compromís
amb el metge