

# BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 83 · Juliol de 2010



## LLiurament de la Medalla Trueta al Dr. Carlos Querol

**II Congrés  
de la Professi6  
Mèdica**



## Estem al seu servei per assessorar-lo

La nostra experiència i solvència ens permeten assessorar els nostres clients aconsellant-los les millors opcions asseguradores tant en cobertures com en qualitat i preu.



Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon  
**902 198 984**  
www.med.es



## BUTLLETÍ mèdic

Número 83, juliol 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 Esquerda Aresté  
Josep Maria Greoles Solé  
Xavier Matias-Guiu Guia  
Jordi Melé Olivé  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Mercè Pascual Queralt  
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 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>

**OPCIÓ 2**

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>

**OPCIÓ 3**

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

Els fotolits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

## Col·legiació mèdica obligatòria

La col·legiació obligatòria dels metges suposa l'adscripció de tots els professionals mèdics que exerceixen la seva activitat principal a les nostres terres, segons recullen la Llei de Col·legis Professionals de Catalunya i els mateixos estatuts del nostre col·legi. Tanmateix, hi ha un debat continu sobre l'obligatorietat esmentada que ens obliga a plantejar-nos de nou el significat de la nostra pertinença a la institució col·legial.

El COMLL considera que la col·legiació suposa una defensa del professionalisme mèdic, un compromís amb la qualitat deontològica de la professió i l'autoregulació professional sota les responsabilitats de les corporacions col·legials. Per tant, es tracta de qüestions que van molt més enllà de les exigències legals pròpies.

Des del respecte que sentim per totes les professions i oficis, hem de recordar que metges i metgesses treballem amb el material més sensible i fràgil, treballem amb i per la salut de les persones. Estem deontològicament compromesos amb la societat destinatària de la nostra activitat.

Per tant, l'adscripció dels professionals a l'ens col·legial esdevé un benefici i una garantia clara per als usuaris i usuàries dels nostres serveis. En conseqüència, pertànyer al Col·legi supera les normatives legals i, fins i tot, les professionals i es converteix en una necessitat social.



### SUMARI

#### La implantació de la recepta electrònica, un any després

Diversos professionals reflexionen sobre els avantatges i inconvenients que ha provocat la implantació de la recepta en format electrònic. **11 )))**

#### IV Jornada d'Actualització Pneumològica a Ponent

La jornada va donar a conèixer la recerca que desenvolupa l'Atenció Primària en la pneumologia. **8 )))**





La presidenta del COMLL, la Dra. Pérez, va participar al congrés

## Declaració final del II Congrés de la Profesió Mèdica

El II Congrés de la Profesió Mèdica, que es va celebrar a l'abril a Madrid, va fer públiques les principals conclusions de la trobada dels representants elegits democràticament per la profesió mèdica d'Espanya. Una representació del COMLL, amb la presidenta, Dra. Rosa Pérez, va participar al congrés. BUTLLETÍ MÈDIC publica a continuació la declaració final del congrés.

La nostra organització se sent orgullosa dels mecanismes de protecció social instaurats fins ara per la Fundació Patronat d'Orfes i Protecció Social de Metges Príncep d'Astúries, però vol avançar amb els temps i actualitzar els ajuts a les necessitats manifestades pels diferents grups etaris que componen els seus beneficiaris.

Totes les aportacions que contribueixin al bon govern del nostre SNS tenen un gran potencial de millora de la sanitat en tots els àmbits. Una professionalització més important dels càrrecs de gestió sanitària és una necessitat ineludible.

A Espanya, la demografia mèdica s'aborda com un problema primari. Tanmateix, es tracta d'un problema complex, que és selectiu per a determinades places i ubicacions, específic per a algunes especialitats i secundari en un bon nombre de causes i problemes sense resoldre, entre els quals desta-

ca la poca informació sobre recursos humans i, en especial, la falta d'un registre nacional de metges.

El model retributiu actual condiona l'exercici professional i comporta la segmentació progressiva de l'exercici mèdic, la qual cosa anul·la els estímuls per a la cooperació interprofessional entre nivells assistencials. És necessari dotar d'autonomia de gestió els professionals sanitaris, i els seus incentius han de prioritzar-se sobre l'acompliment de la profesió.

La profesió mèdica no sempre ha sabut reaccionar davant la fascinació tecnològica i la hiperespecialització, i el sistema sanitari tampoc no ha estat capaç de canviar els processos d'atenció davant el nou tipus de malalt pluri-patològic i fràgil.

La competència professional dels metges s'ha d'actualitzar de forma permanent per mantenir i millorar la qualitat de l'atenció mèdica que es presta, acreditada per l'OMC mitjançant la validació periòdica de la col·legiació. Tot això atorga al pacient totes les garanties d'un acte mèdic adequat i de confiança.

La defensa de la vida i la lluita contra el dolor, el sofriment, l'ansietat i la por són principis irrenunciables de la profesió mèdica. Els esforços s'han de dirigir a tenir cura dels interessos dels

pacients per sobre de les forces del mercat, les pressions socials i les exigències polítiques o administratives.

Els principis ètics s'han de traduir en conductes adequades a les normes deontològiques. En conseqüència, l'exercici mèdic haurà de ser modificat per l'abordatge ètic que requereixen les noves prestacions (assistencials, tècniques i tecnològiques) que actuen sobre la naturalesa humana, però especialment per la recerca de l'eficàcia més gran, de la millor relació entre seguretat i risc i del benefici més gran de les actuacions mèdiques. Tot això s'haurà de fer adequant aquells aspectes dels quals es deriven confrontacions entre els diferents principis i valors de la societat i dels metges.

La troncalitat necessària de la formació MIR, amb les corresponents modificacions suggerides des d'algunes especialitats i des del Fòrum de la Profesió Mèdica, s'hauria d'implementar al més aviat possible.

La seguretat dels pacients s'ha convertit en un objectiu prioritari en les polítiques de qualitat dels sistemes sanitaris i és un factor essencial que ha d'integrar-se al procés assistencial.

La informació sanitària i la resta d'activitats preventives es regeixen pels valors essencials de la medicina. Estem compromesos amb una ètica de la prevenció i de la responsabilitat de les informacions i les mesures que s'adopten en cada moment per al bé dels ciutadans i la societat en el seu conjunt.

Des de la profesió mèdica hem tornat a definir i actualitzar el nostre compromís amb la societat i, al mateix temps, hem situat l'interès del malalt i de la salut davant de l'interès mèdic, la qual cosa exigeix un exercici professional competent i íntegre dirigit a educar i informar la societat en temes de salut. Per mantenir i fer aquest compromís efectiu és imprescindible la col·legiació obligatòria.

## El doctor Carlos Querol rep la Medalla Josep Trueta

El doctor Carlos Querol Vela, secretari del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, va rebre la Medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per la seva tasca al servei del progrés i la millora de la sanitat. El lliurament va tenir lloc el 25 de maig al Palau de la Generalitat. El president de la Generalitat, José Montilla, i la consellera de Salut, Marina Geli, van presidir l'acte.

El doctor Querol és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa. Va iniciar la seva activitat professional com a metge de família l'any 1978 a la localitat de Maials. Es va traslladar a Os de Balaguer l'any 1980 per exercir de metge de família en aquesta localitat i al municipi de les Avellanes i Santa Linya. També és el metge de família de la residència geriàtrica municipal d'Os de Balaguer des



El Dr. Querol, instants després de rebre la condecoració

de la seva creació, l'any 1988. Forma part de l'equip d'Atenció Primària de l'ABS de Balaguer des del seu inici, on va participar en l'elaboració del primer reglament de règim intern. Actualment n'és el referent en neurologia i hi realitza tasques docents i d'educació sanitària en aquesta matèria. Ha estat el repre-

sentant de la comarca de la Noguera al Sindicat Provincial de Metges Titulars de Lleida i vocal de Medicina Rural al Col·legi Oficial de Metges de Lleida en el període del 1998 al 2002. Des del 2002 és secretari d'aquesta institució, així com membre del Plenari del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

## Campanya de control de la Seguretat Social a les consultes de medicina privada

La Junta del Col·legi de Metges comunica als seus col·legiats que ha rebut una informació sobre la propera realització de campanyes de control de Seguretat Social i Treball en activitats de medicina privada. Les campanyes tenen la finalitat de comprovar la situació d'alta i cotització dels col·laboradors dels professionals mèdics en activitats auxiliars o complementàries. Les activitats poden ser feines d'infermeria, cures auxiliars, recepció de pacients, atenció telefònica i tasques administratives.

La Inspecció Provincial de Treball i Seguretat Social de Lleida recorda que el professional mèdic que tingui treballadors s'ha d'inscriure com a empresari a la Tresoreria General de la Seguretat Social. A més, cal que comuniqui l'alta dels treballadors al seu servei i que ingressi les cotitzacions socials corresponents. D'altra banda, els treballadors que siguin el cònjuge o un familiar del professional s'han d'incloure com a col·laboradors de l'autònom al règim especial de treballadors autònoms.

### Comprovarà la situació d'alta i la cotització dels col·laboradors

En cas d'inspecció, el professional mèdic que tingui treballadors contractats ha d'aportar una còpia dels contractes de treball concertat, dels rebuts dels salaris dels mesos del gener al juliol del 2010 i de les declaracions d'alta al règim general de la Seguretat Social.

Si en el moment de la inspecció el professional no ha declarat la contractació de treballadors, n'ha de sol·licitar la inscripció i l'alta a la Tresoreria General de la Seguretat Social i aportar una còpia de la comunicació. També ha de formalitzar el contracte que registrarà al Servei Català d'Ocupació i aportar-ne una còpia i la comunicació.

Si els treballadors són familiars no assalariats, cal que el professional justifiqui la

seva alta com a col·laboradors del règim especial de treballadors autònoms amb una còpia de la sol·licitud efectuada a la Tresoreria General de la Seguretat Social.

El professional que treballa en una clínica o hospital privat en règim de consulta externa ha d'aportar una còpia del contracte i arrendament concertat i dels pagaments des del 1 de gener del 2009 fins al 30 de juny del 2010. Ha d'indicar el nombre i les funcions realitzades pels treballadors auxiliars i la naturalesa dels mitjans materials posats a disposició pel propietari de la consulta. En cas de formar part d'una societat mèdica professional, ha d'aportar una còpia de la documentació justificativa amb el nom o raó social amb què opera en el trànsit mercantil.

En qualsevol cas, el professional ha d'informar la Inspecció Provincial de la data de col·legiació i indicar-hi, si s'escau, la data d'alta al règim especial de treballadors autònoms. Si el professional no compta amb cap treballador al seu servei, ha de comunicar aquesta circumstància a la Inspecció Provincial.

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

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 40 altes durant els mesos de maig i juny del 2010: Mireia Martí Villalta (n. 4443), Marta Belén Gómez García de la Banda (n. 4444), Elena Violeta Iovan (n. 4445), Noemí Tuset Der-Abraïn (n. 4446), Josep Maria Auguet Martín (n. 4447), Sílvia Iglesias Moles (n. 4448), Anna Camarasa Darbra (n. 4449), Alex Alberto Castillo Pereira (n. 4450), Albina Aldomà Balasch (n. 4451), Patricia Aragón Casaled (n. 4452), Evelyn Berbel Palau (n. 4453), Maria Boldú Franqué (n. 4329), Paula Sánchez Escobar (n. 4454), Sandra Liliana Beltrán Castro (n. 4455), María del Carmen Civit Oro (n. 4456), María Fernanda Ramírez Hidalgo (n. 4457), Mónica Najar Subias (n. 4458), Soraya Arroyo Calpe (n. 4459), Mouhammad Haj Ismael (n. 4460), Pilar Alonso Villar (n. 4461), Javier Salvador Sánchez (n. 4462), Emanuela Claudia Cretu (n. 4463), Ariana Ortiz Brugués (n. 4464), Elena Sancho Jara (n. 4465), Roger Marc Gavilán Rabell (n. 4466), Alba Capdevila Sarramona (n. 4467), Eladio Miguel Llordés (n. 4468), Cristina Ampurales Villar (n. 4469), Beatriz Elena Urrego Grisales (n. 4470), Gustavo Ivan Robayo Buitrago (n. 4471), Anyela Marcela Castanyeda Anaya (n. 4472), Juan Antonio Ezpeleta Campaña (n. 4473), Cristina González Mingot (n. 4474), Carla L. Villarroel Irarrazabal (n. 4328), Virginia López Delgado (n. 4475), Rafael Contreras Durán (n. 4476), Aránzazu Vázquez Sasot (n. 4477), Jesús Ruiz Pérez (n. 4478), Verónica Viviana Rosado Cevallos (n. 4479) i Paola Alexandra Manco Méndez (n. 4332). El COMLL tanca el mes de juny amb un total de 1.690 col·legiats. El Col·legi ha registrat la baixa del Dr. Josep Pifarré Barqué per defunció i 21 baixes més.

## Nuls els articles 35 i 59 del Codi de Deontologia Mèdica

El Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, en sentència del 7 d'abril del 2010, ha declarat la nul·litat dels articles 33 i 59 del Codi de Deontologia Mèdica de Catalunya. El COMLL comunica aquesta sentència per al coneixement dels col·legiats i les col·legiades.

# Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries que s'han celebrat entre l'1 de juny i el 6 de juliol del 2010, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha felicitat el Dr. Carlos Querol Vela, secretari del Col·legi, per la concessió de la Medalla i Placa Josep Trueta al mèrit sanitari, que li van ser lliurades el dia 25 de maig al Palau de la Generalitat de mans del president de la Generalitat i la consellera de Sanitat.

- El Col·legi ha facilitat als afectats per l'extinció del règim d'AMF-AT de Previsió Sanitària Nacional la possibilitat de rebre assessorament extern arran de la publicació al BOE del 25 de maig del reial decret que determina els drets que es reconeixen als beneficiaris com a conseqüència d'aquesta extinció.

- S'ha nomenat el Dr. Josep Pifarré Paredero representant del Col·legi Oficial de Metges de Lleida a la comissió de coordinació en l'àmbit català de l'aplicació del reial decret pel qual es regulen les condicions per reconèixer els efectes professionals dels títols estrangers d'especialista en Ciències de la Salut obtinguts en estats no membres de la UE.

- S'han continuat assegurant, amb la campanya HDI, les sobreprimas de l'assegurança de responsabilitat civil professional per al període de l'01/01/2010 al 30/06/2011, mitjançant una assegurança per pèrdua de beneficis a causa de l'increment de taxes de RC de professionals de la medicina amb l'objectiu de minimitzar l'augment del cost de l'assegurança en la propera renovació.

- S'ha acordat modificar la plana principal de la pàgina web per donar cabuda a la finestra única, que ha esdevingut obligatòria a causa de la Llei Omnibus, i a diversos enllaços d'interès.

- S'han elaborat al·legacions al projecte de decret legislatiu per a l'adequació de normes amb rang de llei a la Directiva 2006/123 del Parlament i del Consell relativa als serveis en el mercat interior, que modifica la llei de l'exercici de les professions titulades i dels col·legis professionals.

- S'han proclamat candidats a les eleccions a determinats càrrecs del Consejo General de Colegios Médicos i ha resultat elegit en el càrrec de vicepresident el Dr. Ricard Gutiérrez Martí; en el càrrec de secretari general, el Dr. Serafín Romero Agüit, i en el de vocal nacional de medicina privada per compte aliè, el Dr. José María Nieto Cortijo.

- Estudi per a la implantació d'un formulari, d'acord amb l'elaborat pel Consejo General, per registrar les agressions de què són objecte els metges.

- S'han rebut un total de nou sol·licituds de col·laboració econòmica per a l'organització d'activitats formatives.

- La Fundació Patronato de Huérfanos de Médicos ha iniciat la recollida de sol·licituds d'ajudes per a pares/sogres de metges ingressats en residències geriàtriques.

- La Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMLL ha renovat dos càrrecs de la seva Junta de Govern. Han estat elegits els doctors José Sierra de Benito i Antoni Menén Navarro.

# La Secció de Metges Acupuntors Homeòpates i Naturistes renova la Junta

L'Assemblea General de la Secció de Metges Acupuntors, Homeòpates i Naturistes, celebrada el 20 de maig, va elegir la nova Junta, en la qual es van renovar els càrrecs de secretari i d'un vocal. Els col·legiats M. Serra, A. Tribó, F. Chilangua, X. Forns i J. Morales van ser els membres elegits.

La nostra societat viu un profund canvi i una part important i creixent de la població desitja una medicina més ecològica i natural davant l'opció farmacològica. A més, l'evidència científica es multiplica i demostra per què determinats procediments tradicionals tenen efectes positius en la salut. Finalment, la viabilitat econòmica del nostre sistema sanitari demana que posem més èmfasi en la prevenció i promoció

de la salut que no pas en multiplicar exponencialment la tecnificació i els costos, com hem fet fins ara.

L'Atenció Primària és conscient de tot això, ja que la incidència en millorar els estils de vida i actuar en els factors de risc, més que en la patologia instaurada, la fan especialment propera en plantejaments bàsics a les teràpies no convencionals. Per aquest motiu, diverses facultats estrangeres han inclòs aquest tipus de medicina en els seus plans d'estudis de Medicina de Família, i la Semfyc els ha dedicat un espai en els seus congressos i publicacions.

En conseqüència, ens hem proposat dissenyar i posar en pràctica un curs sobre l'ús i l'evidència de les teràpies no convencionals en l'Atenció Primària.

El curs s'adreça als nostres col·legiats i als altres col·lectius sanitaris implicats en tasques preventives i de promoció de la salut, com la infermeria, l'odontologia i la fisioteràpia. També és apte per als col·legiats que desitgin iniciar-se en aquestes teràpies, atès que desitgem orientar-los sobre com formar-se i començar a actuar d'acord amb aquest tipus de teràpies. Així mateix, convidem qualsevol col·legiat que senti vocació per aquesta visió complementària de la medicina a integrar-se a la nostra secció i col·laborar en els nostres objectius.

**Dr. Jose A. Morales**

President de la Secció de Metges Acupuntors, Homeòpates i Naturistes



D'esquerra a dreta, Dr. Forns, Dra. Serra, Dr. Tribó, Dra. Pérez, Dr. Morales i Dr. Chilangua

# Prop de 180 especialistes participen en el IX Congrés Català d'Anatomia Patològica

Prop de 180 especialistes de tot Catalunya van participar en el IX Congrés Català d'Anatomia Patològica. El congrés es va celebrar els dies 11 i 12 de juny a l'Auditori del Centre de Cultures i Transfronterer del campus de Capont de la Universitat de Lleida (UdL).

El professor Jaume Prat, de l'Hospital de Sant Pau, va impartir la conferència inaugural sobre la patologia i la genètica del càncer d'ovari.

Van assistir a la inauguració oficial el rector de la UdL, Joan Viñas; el delegat de Salut, Sebastià Barranco;

el regidor de Polítiques de Joventut de l'Ajuntament de Lleida, Dr. Oriol Yuguero; la presidenta del Col·legi de Metges, Dra. Rosa Maria Pérez; el director de centre de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), Dr. Pedro Villanueva; el director mèdic de l'Hospital de Santa Maria, Dr. Jaume Capdevila; la presidenta de la Societat Catalana d'Anatomia Patològica, Dra. Isabel Trias, i el cap del servei d'Anatomia Patològica de l'HUAV, Dr. Xavier Matias-Guiu.

El tema central del congrés va ser el paper del patòleg en la identificació de dianes terapèutiques, és a dir, el paper del patòleg no només en el diagnòstic

del càncer, sinó també a l'hora d'ajudar l'oncòleg a decidir quina és la millor opció terapèutica per al malalt. En diverses xerrades, els ponents van discutir el paper que juga l'anatomia patològica en diferents tipus de càncer, com el de mama, colòn, pulmó, endometri, estómac i ronyó, així com els tumors de parts toves, del sistema nerviós central o el melanoma.

Les conferències, a càrrec d'oncòlegs que van introduir el tema, van precedir les xerrades. Patòlegs catalans de reconegut prestigi com els doctors Ramírez, Algaba i Ramón y Cajal, entre d'altres, van impartir les conferències. Cal mencionar la participació de pro-

fessionals de les terres de Lleida, com el Dr. Matias-Guiu, la Dra. Martí Laborada o el Dr. Antonio Lombart.

Es van presentar més de 70 comunicacions i pòsters. Els patòlegs catalans que van acabar el seu període com a residents MIR en el darrer curs també van realitzar les tradicionals presentacions. La part lúdica del congrés va consistir en una visita guiada a la Seu Vella. El congrés va ser un èxit, tant des del punt de vista científic com organitzatiu.

**Dr. Xavier Matias-Guiu Guia**

Cap del Servei d'Anatomia Patològica de l'HUAV

# IV Jornada d'Actualització Pneumològica a les Terres de Ponent

La IV Jornada d'Actualització Pneumològica de les Terres de Ponent, que es va celebrar el 3 de juny, va donar a conèixer la recerca que desenvolupa l'Atenció Primària en el camp de la pneumologia. La presentació de comunicacions lliures va ser la novetat de l'edició d'enguany. La jornada, que va tenir lloc a la sala d'actes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), va comptar amb ponents de reconegut prestigi i dilatada experiència professional.

L'acte inaugural va anar a càrrec del Dr. Gerard Ferrer, gerent de l'ICS a Lleida; el Dr. Ferran Barbé, cap del Servei de Pneumologia de l'Hospital Arnau de Vilanova, i la Dra. Núria Nadal, coordinadora de processos assistencials mèdics de la SAP Segrià-Garrigues. La Dra. Araceli Fuentes va moderar la primera ponència sobre *Asma, rinitis i al·lèrgia: estratègia conjunta de diagnòstic i tractament*, que va anar a càrrec del Dr. Lluís Marqués, especialista en Al·lèrgologia de l'HUAV.

## Crònica de la Dra. Araceli Fuentes

El Dr. Lluís Marqués va explicar que la rinitis representa una malaltia d'alta prevalença i incidència amb conseqüències en la vida diària de les persones que la pateixen i en la sanitat. Es classifica, segons criteris de gravetat, en lleu, moderada i severa, i, segons l'evolució, en intermitent i persistent. Segons la clínica, s'estableixen uns criteris de diagnòstic o de sospita. Per confirmar-los, es necessiten les proves cutànies i l'Ig E específica, que té un cost elevat. El diagnòstic per components al·lèrgens d'espècies específiques i panal·lèrgens (procalcines, profilines, etc.) és la novetat de l'estudi etiològic. El tractament de la rinitis es presenta esglaonat en funció de la gravetat i va des dels antihistamítics orals o tòpics fins als corticoides intranasals i la immunoteràpia, amb la corresponent educació sanitària.

La immunoteràpia és eficaç en pacients amb rinoconjuntivitis i asma al·lèrgica i és d'elecció en les reaccions al·lèrgiques induïdes per picades d'hemípters. És l'únic tractament que pot

alterar el curs natural de les malalties al·lèrgiques i impedir el desenvolupament de l'asma. Genera cèl·lules T reguladores i està indicada si els símptomes són provocats per l'exposició als al·lèrgens, si són determinats al·lèrgens els que els causen, si es tracta d'al·lèrgics a pòl·lens amb una llarga pol·linització o per pol·linitzacions successives, si hi ha símptomes de vies aèries inferiors i si la farmacoteràpia no controla els símptomes o si aquesta produeix problemes (efectes indesitjables a llarg termini).

Té molta importància la informació escrita en la interconsulta de consens entre l'Atenció Primària i l'al·lèrgologia. La interconsulta pot ser per confirmació de diagnòstic, identificació d'al·lèrgens, mal control dels símptomes, existència de comorbiditats o indicacions d'immunoteràpia. Finalment, l'Índex Predictiu d'Asma (IPA) es calcula d'acord amb diferents criteris.

Criteris majors:

- Diagnòstic mèdic d'asma en un dels pares.
- Diagnòstic mèdic d'èczema atòpic.

Criteris menors:

- Presència de rinitis al·lèrgica diagnosticada per un metge als 2-3 anys.
- Sibilàncies no relacionades amb refredats.
- Eosinofília en sang perifèrica igual o superior al 4%.

IPA+: en nens menors de 3 anys amb sibilàncies recurrents i un criteri major o dos de menors. Tenen una alta probabilitat de tenir en un futur asma persistent atòpica als 6-13 anys. Als 6 anys l'IPA té un VP+ del 47% i un VP- del 91%.

S'aconsella derivar per a estudi etiològic:

- Els pacients amb asma persistent.
- Els nens majors de 3 anys amb sibilàncies.

Els nens menors de 3 anys amb sibilàncies només cal derivar-los si tenen IPA positiu.

## Crònica de la Dra. Beatriz Lara i la Sra. Cristina Esquinas

Tot seguit, la Sra. Alcía Perera va moderar la ponència *Recerca des de*



D'esquerra a dreta, el Dr. Barbé, el Dr. Ferrer i la Dra. Nadal durant la inauguració de la Jornada

la consulta de tabaquisme, a càrrec de la Dra. Beatriz Lara i la Sra. Cristina Esquinas, del Servei de Pneumologia de l'HUAV, que van indicar que han dut a terme diferents estudis sobre tabaquisme durant els darrers sis anys previs a la seva incorporació a l'HUAV. Aquests treballs es poden estructurar en els següents apartats:

Relacionats amb la selecció dels participants:

- Estudi dels desertors: després d'avaluar les dades generals de la vista basal en 215 fumadors que van acudir a la consulta, es va concloure que no es podia definir el perfil del fumador que abandona el programa d'acord amb aquestes dades.

- Abstinència als quatre anys d'inici del tractament de deshabitació: es va confirmar l'abstinència per telèfon als quatre anys després d'haver participat en el programa de tabaquisme. Es va concloure que el major percentatge de recaigudes es produeix durant els primers mesos. Els que havien recaigut afirmaven que havien reduït el consum i un 15% van accedir a tornar-ho a provar.

Relacionats amb el programa de deshabitació:

- Estudi de test d'ansietat-depressió: es va estudiar la presència de trets de personalitat i símptomes ansiosos i depressius en els participants en un programa de deshabitació en empreses. Es va observar que l'existència de símptomes depressius s'associava a una taxa d'èxit menor amb independència del tractament farmacològic utilitzat.

Relacionats amb el dany tissular causat pel fum de tabac:

- Marcadors d'inflamació durant la deshabitació: es va realitzar la deter-

minació d'IL-8 en mostres d'esput induït recollides periòdicament durant sis mesos. Se'n van comparar els valors en funció de l'abstinència o persistència de l'hàbit tabàquic i de la condició d'MPOC o fumador sa. Així, es va poder observar com la població de malalts amb MPOC tenien uns nivells persistentment més elevats que els sans i que es reduïen en els grups quan abandonaven completament el consum.

- Tabac i pneumònia: en aquest treball es conclou que el tabaquisme actiu és un factor de risc independent de pneumònia comunitària i un factor de risc de gravetat sense que s'observin diferències en l'etiologia microbiològica de la pneumònia.

Investigació bàsica, models *in vitro* d'exposició al tabac:

- Dins d'un projecte més ampli d'estrès de retícul endoplàsmic en cèl·lules epitelials, s'avalua la toxicitat del condensat de fum de tabac en aquestes cèl·lules mesurada mitjançant la determinació d'IL-8.

Noves línies d'investigació:

- Les àrees d'investigació en les quals es tenen propostes per començar pròximament són el tractament de deshabitació en pacients ingressats i l'avaluació de l'adherència als programes i la seva efectivitat mitjançant el seguiment telefònic.

Després d'aquests anys de treball en tractament del tabaquisme, es pot concloure que és molt important registrar l'activitat realitzada amb un mínim de dades i adquirir la rutina d'avaluar sistemàticament la nostra activitat. Tot i que és possible fer estudis tècnicament molt sofisticats, la realització d'estudis de disseny i desenvolupament fàcil és més accessible i de gran utilitat, perquè

aporten respostes a les preguntes que sorgeixen de la pràctica diària.

## Crònica del Dr. Eugeni Paredes

El Dr. Eugeni Paredes va moderar la taula *Novetats en SAHS*, a càrrec del Dr. Ferran Barbé, cap del Servei de Pneumologia de l'HUAV i expert mundial en el tema. Ha participat com a autor en diferents textos i documents de consens sobre l'apnea del son amb una trajectòria investigadora de prestigi internacional en aquesta patologia. A més, és el director de la reunió Hot Topics en Apnea del Sueño, que bianualment porta a la nostra ciutat els experts mundials més reconeguts en Síndrome d'Apnea-Hipopnea de la Son (SAHS).

En primer lloc, el Dr. Barbé va centrar la seva xerrada a mostrar la utilitat de nous dispositius per al diagnòstic ambulatori del SAHS. Es tracta d'aparells que, amb relativa senzillesa, poden apropar el diagnòstic als diferents dispositius assistencials, especialment a l'Atenció Primària i que, sens dubte, contribuiran a millorar les xifres de l'actual infradiagnòstic.

s'estan iniciant propostes en l'àmbit institucional en aquest sentit.

Durant un animat torn de preguntes, es va remarcar la interrelació de l'apnea del son amb el risc cardiovascular. Són més importants el diagnòstic i el tractament per aconseguir disminuir nous successos aguts en aquests pacients, que han de ser derivats forçosament des d'Atenció Primària, Cardiologia i unitats d'Hipertensió.

## Crònica de la Dra. Lúcia Viló

La Dra. Lúcia Viló, metgessa de família, i el Dr. Manel Vilà, pneumòleg de l'HUAV, van impartir la ponència *Què fem amb un pacient amb tos?* Els metges van explicar que la tos és un símptoma banal que molts cops pot esdevenir un gran repte a les consultes d'Atenció Primària si esdevé crònica, és a dir, si perdura vuit setmanes o més. La principal causa de la tos crònica és el tabac, però en pacients no fumadors les tres primeres causes són el goteig nasal posterior, l'asma i el reflux gastroesofàgic (ERGE).

La ponència va provar d'aproximar la

La rinitis representa una malaltia d'alta prevalença i incidència amb conseqüències en la vida diària

Existeixen noves evidències que situen el tractament amb CPAP més enllà de la millora simptomàtica

Seguidament, i com a nucli central de la seva exposició, va mostrar les darreres novetats aportades per la recerca. En aquest sentit, cal destacar, per la seva rellevància, el treball *Effect of CPAP treatment on the incidence of cardiovascular events and hypertension in non-sleepy OSAS patients. A long-term RCT*, que ha liderat el mateix Barbé d'entre un grup d'especialistes espanyols del tema i que conclou que en pacients amb SAHS que no presenten somnolència el tractament amb CPAP redueix les xifres d'hipertensió i els esdeveniments cardiovasculars. Aquest original ha estat presentat pel mateix autor en el darrer congrés de l'American Thoracic Society, celebrat a Nova Orleans el mes de maig passat, i va tenir una important repercussió científica i mediàtica per la transcendència de les seves conclusions, atès que aporta noves evidències que situen el tractament amb CPAP més enllà de la millora simptomàtica.

Finalment, va abordar alguns aspectes de coordinació en el procés assistencial del SAHS i línies de futur pel que fa a l'organització al voltant d'aquesta patologia prevalent. Barbé va afirmar que en un futur proper l'Atenció Primària, conjuntament amb les unitats especialitzades, tindrà un paper important en el diagnòstic i en el seguiment dels malalts i que ja

manera de reconduir el pacient amb tos crònica al personal sanitari. L'estudi tracta les causes més freqüents mitjançant un algoritme seqüencial que consta de tres fases:

Fase I: es miren de diagnosticar causes freqüents amb exploracions bàsiques. L'Atenció Primària juga un paper molt important en aquesta fase. L'estudi s'inicia amb una anamnesi i una exploració física acurades. Es recullen dades com els antecedents familiars i personals d'asma, atòpia, malalties cardiovasculars, etc., l'exposició tant activa com passiva al tabac, tractaments que puguin ocasionar tos (destaquen els inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina—IECA), factors desencadenants de tos (exercici físic, aire fred, fum, etc.), formes de presentació (sobtada, seca, productiva, persistent, recurrent, paroxística, hemoptoica, etc.), moment d'aparició (nocturn, en aixecar-se, diürn i nocturn, desapareix a la nit, etc.) i símptomes que l'acompanyen. Després, es procedeix a fer una exploració física i es valora la via aèria superior mitjançant l'otoscòpia, rinoscòpia anterior i valoració de la cavitat orofaríngia i la via aèria inferior amb l'auscultació respiratòria.

Tanmateix, si se sospita que la tos pot ser d'origen cardíac, s'acabarà fent una auscultació cardíaca i una exploració

general per valorar edemes i hepatomegàlia, entre d'altres. A continuació, se sol·licitaran proves complementàries, com la radiologia de tòrax en les projeccions posteroanterior i lateral per descartar patologia broncopulmonar, la radiologia de sins paranasals davant la sospita de goteig nasal posterior, espirometria amb prova broncodilatadora i/o valoració del Flux Expiratori Màxim (FEM) domiciliari davant la sospita d'asma. I si la causa de la tos pot ser un ERGE, es pot valorar l'inici de tractament durant 4-8 setmanes amb un inhibidor de la Bomba de Protons (IBP) i valorar-ne la resposta. Tanmateix, hi ha una revisió sistemàtica de la Cochrane, l'any 2006, que posa en dubte aquesta pràctica.

Fase II: diagnostica les causes freqüents de tos amb exploracions especials. Quan en la fase anterior no s'arriba al diagnòstic causal, es valora derivar el pacient a altres especialistes. Aquests especialistes són l'otorinolaringòleg, en cas de sospita de goteig nasal posterior; el pneumòleg, en cas de sospita dels equivalents asmàtics i altres pneumopaties, i el digestòleg, en cas de sospita d'ERGE. Es realitzaran proves complementàries més específiques, com una fibrolaringoscòpia i TC sinusal, test de provocació bronquial amb metacolina, un esput induït per a la valoració del patró inflamatori (bronquitis eosinofíliques), endoscòpia gàstrica, etc.

Fase III: diagnostica les causes infreqüents de tos. Quan en la fase anterior no s'arriba al diagnòstic causal, es valora

## Es va remarcar la relació de l'apnea del son amb el risc cardiovascular

### La tos és un símptoma banal que pot esdevenir un repte a les consultes d'Atenció Primària

la realització d'altres exploracions, com el TC toràcic i la fibrobroncoscòpia per descartar el carcinoma broncogènic i altres pneumopaties, l'ecocardiograma per descartar cardiopaties i l'esofagograma per valorar la tos provocada per trastorns silencis en la deglució associats a malalties neuromusculars.

Si, amb tot, no s'arriba al diagnòstic, es pot tractar d'una tos psicògena en què s'ha de derivar el pacient a la Unitat de Psiquiatria. De la mateixa manera, pot tractar-se d'una tos idiopàtica en la qual no està clar quin n'és l'agent causal i, per tant, el tractament.

#### Comunicacions lliures i pòsters

Es van presentar tretze treballs en

l'apartat de comunicacions lliures, dels quals el Comitè Científic en va acceptar nou: cinc per a la presentació en format de comunicació oral i quatre en format pòster. Els treballs presentats són: *Alta exposició a antibiòtics en una població y diferències per edat y sexo*, d'Eli Martín, del SAP PUNSU; *Identificando mujeres EPOC de alto riesgo*, d'Esther Rodrigo, del CAP Primer de Maig; *Relación entre el FEV1 y la calidad de vida percibida por el paciente de EPOC*, de Tomàs Alonso, del CAP Balaguer; *Què saben els nens asmàtics de 8-14 anys sobre l'asma?*, de Laia Llor, del CAP Borges Blanques, i *Característiques bàsiques d'una població fumadora amb risc de desenvolupar MPOC*, d'Estela Jiménez, del Grup Respiratori Lleida.

En format pòster es van presentar: *La importancia del consejo antitabaco*, de M. Cruz Urgelés, del GRUP Respiratori Lleida; *EPOC y mujer*, d'Iñigo Lorente, del CAP Primer de Maig; *Prevalença d'EPOC en una unidad de deshabituación tabáquica*, de Maria Alba Bordaiba, del CAP Cappont, i *És útil l'espirometria en pacients fumadors per a la detecció d'alteracions ventilatòries?*, d'Esther Andreu, de l'ABS Borges Blanques.

Finalment, la Dra. Lúcia Viló i el Dr. Joan Clotet van lliurar els premis a les millors comunicacions, que van correspondre als treballs presentats per Estela Jiménez i Eli Martín.

Grup Respiratori MPOC Lleida

# Un total de 73 metges assisteixen a les X Jornades d'Actualització Terapèutica

Un total de 73 metges van assistir a les X Jornades d'Actualització Terapèutica que organitza la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Van tractar el tema *Seguretat en la prescripció: vells fàrmacs, nous problemes. Nous fàrmacs, vells problemes*.

La conferència inaugural va anar a càrrec de Joan-Ramon Laporte i va tractar els *Efectes indesitjats dels medicaments i salut pública*. Van participar en la taula inaugural el degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, Joan Ribera; el director de la Fundació Institut Català de Farmacologia (FICF), Joan-Ramon Laporte; el vicepresident de CAMFiC, Dr. Josep Maria Sagrera, i el vocal de CAMFiC, Dr. Jorge Soler.

El Dr. Jorge Soler va moderar la primera taula, *Vells fàrmacs, nous problemes*. La Dra. Dolores Rodríguez va parlar sobre el dolor neuropàtic i el Dr. Daniel Martínez, sobre l'osteoporosi. La Dra. Cristina Ruiz va moderar la segona taula, que va tractar el tema *Nous fàr-*



D'esquerra a dreta, Dr. Soler, Dr. Laporte, Dr. Ribera i Dr. Sagrera

macs, vells problemes, en la qual van participar la Dra. Núria Garcia, que va tractar el tema de la diabetis, així com la Dra. Mònica Solanes i la Dra. Mar Navarro, que van parlar sobre hipertensió arterial.

La tercera taula es titulava *De vegades és difícil complir les recomanacions: el cas de la insuficiència cardíaca en la gent gran*. La Dra. Dolores Rodríguez va exercir de moderadora i el Dr. José Miguel Baena va participar en la taula.

## Les receptes en format electrònic

*La dispensació de medicaments amb la recepta electrònica ha complert un any i mig de la seva implantació. Prop del 50% de les dispensacions són amb el nou format. Aquesta tecnologia ha suposat avantatges i inconvenients per a metges i farmacèutics. BUTLLETÍ MÈDIC recull algunes opinions dels professionals de la salut.*

### Finalitza el lliurament de la signatura electrònica a Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha finalitzat el lliurament de la signatura electrònica en l'àmbit de l'Atenció Primària als professionals de la Vall d'Aran. El COMLL ha distribuït en total prop de 500 dispositius.

La nova signatura ha fet possible la implantació de la recepta electrònica en el territori de Lleida. Aquest procés ha estat positiu, segons es desprèn de l'alt grau de satisfacció que han expressat els professionals i el mateix Departament de Salut. Evidentment, com en qualsevol altre sistema nou, ha estat necessari un aprenentatge previ. L'experiència encoratja el COMLL a seguir endavant en la implantació de les noves tecnologies i, en concret, en la certificació electrònica col·legial.

Una altra de les utilitats de la signatura electrònica és la possibilitat d'accedir al Registre de Voluntats Anticipades. En aquest cas, l'accés està reservat als professionals autoritzats prèviament pels seus pacients. La gestió es pot realitzar a través de la pàgina web del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (<http://www.metgescat.org/rva/home.asp>). Així mateix, i en aquest supòsit, cal recollir personalment la signatura al Col·legi per acreditar la identitat i la col·legiació.

Actualment, la Junta de Govern del COMLL estudia la unificació del carnet col·legial amb la signatura digital, ja que aquesta integració

resultaria molt còmoda per als col·legiats i col·legiades. A més, resta pendent la distribució de la signatura en l'altre gran àmbit sanitari, l'hospitalari, que es manté a l'espera de l'adaptació tecnològica necessària. La signatura electrònica col·legial podrà utilitzar-se també en l'àmbit sanitari privat. Per aquest motiu, el Col·legi està obert a contemplar els diferents requeriments tècnics que es puguin plantejar per donar la solució més adient a cada cas. En definitiva, el COMLL aposta per la implantació de les noves tecnologies amb el total convenciment que poden aportar avantatges als professionals i usuaris de la sanitat. Així, el Col·legi continuarà promovent la innovació tecnològica i les activitats formatives per desenvolupar-les al 100 per cent de les seves possibilitats.

Junta de Govern del COMLL

### La recepta electrònica pot ajudar al compliment del tractament

Fa pocs dies, a la contraportada d'un diari estatal de màxima

*Cal recordar que el 78,3% de les persones de 65 anys o més prenen entre un i cinc medicaments*

difusió, Ronald Epstein, professor de Medicina de la Universitat de Rochester, assegurava que potser era convenient "ensenyar al pacient a ser eficaç en la consulta" i que "molts pacients es queixen que el metge no els entén, altres abandonen el tractament" i ho etiquetava d'"errors de comunicació que es corregeixen amb un entrenament més important dels professionals sanitaris i un paper més actiu del pacient". El periodista que feia l'entrevista també explicava que el professor Epstein havia descobert que, de mitjana, el metge interromp el pacient 23 segons després d'iniciar la visita i que les escombraries dels centres de Salut vessen de receptes.<sup>1</sup>

El tema de les receptes als contenidors dels centres de salut i de les farmàcies ens ha de fer reflexionar. A més, veiem que molts envasos estan sense obrir i malauradament ja no serveixen "ni per al Tercer Món", perquè, encara que no estiguin caducats, no podem assegurar-ne les garanties adients de conservació. Per això, entre nosaltres, cal recordar que el motiu de recollir-los és no perjudicar el medi ambient, no per fer-los servir de nou, com algú podria pensar.

També sabem per experiència pròpia o dels nostres coneguts que els armaris de les nostres cases disposen de petites farmàcies que no només estan orientades als imprevistos, sinó que de vegades són un pas previ als contenidors, ja que disposem d'un estoc de medicines que de ben segur no farem servir.

El cas de la gent gran amb malalties cròniques és paradigmàtic i cal recordar que el 78,3% de les persones de 65 anys o més prenen entre un i cinc medicaments i el 13,5% en prenen més de cinc<sup>2</sup>. El percentatge de les que prenen més de 5 medicaments puja al 19% si comptem només les persones que són visitades a domicili (programa ATDOM).

Ja sigui per por a quedar-se'n sense o per errades en el sistema de prescripció o dispensació (del metge, de la matemàtica de les receptes automatitzades, de la dispensació programada calculada en la recepta electrònica i dispensada a la farmàcia, etc.), en molts d'aquests domicilis s'acumulen medicines sense que aquestes facin el seu servei. Afortunadament, el domicili del malalt cada vegada estarà més lligat al sistema sanitari mitjançant les noves tecnologies i no sempre el ciutadà haurà d'anar al centre de salut. Si hi anem per

una visita domiciliària, ja sigui el facultatiu o el personal d'infermeria, pot ser també una bona ocasió per revisar la farmaciola. De la mateixa manera que el treballador social fa una ullada a la nevera dels domicilis amb risc social o dependència, els treballadors de l'àmbit sanitari podem aconsellar que el domicili tingui la medicació necessària i, sobretot per als malalts crònics, podem ajustar després les medicacions que tenim en curs per tallar un possible automatisme, que farà malbaratar medicines i els diners de tots.

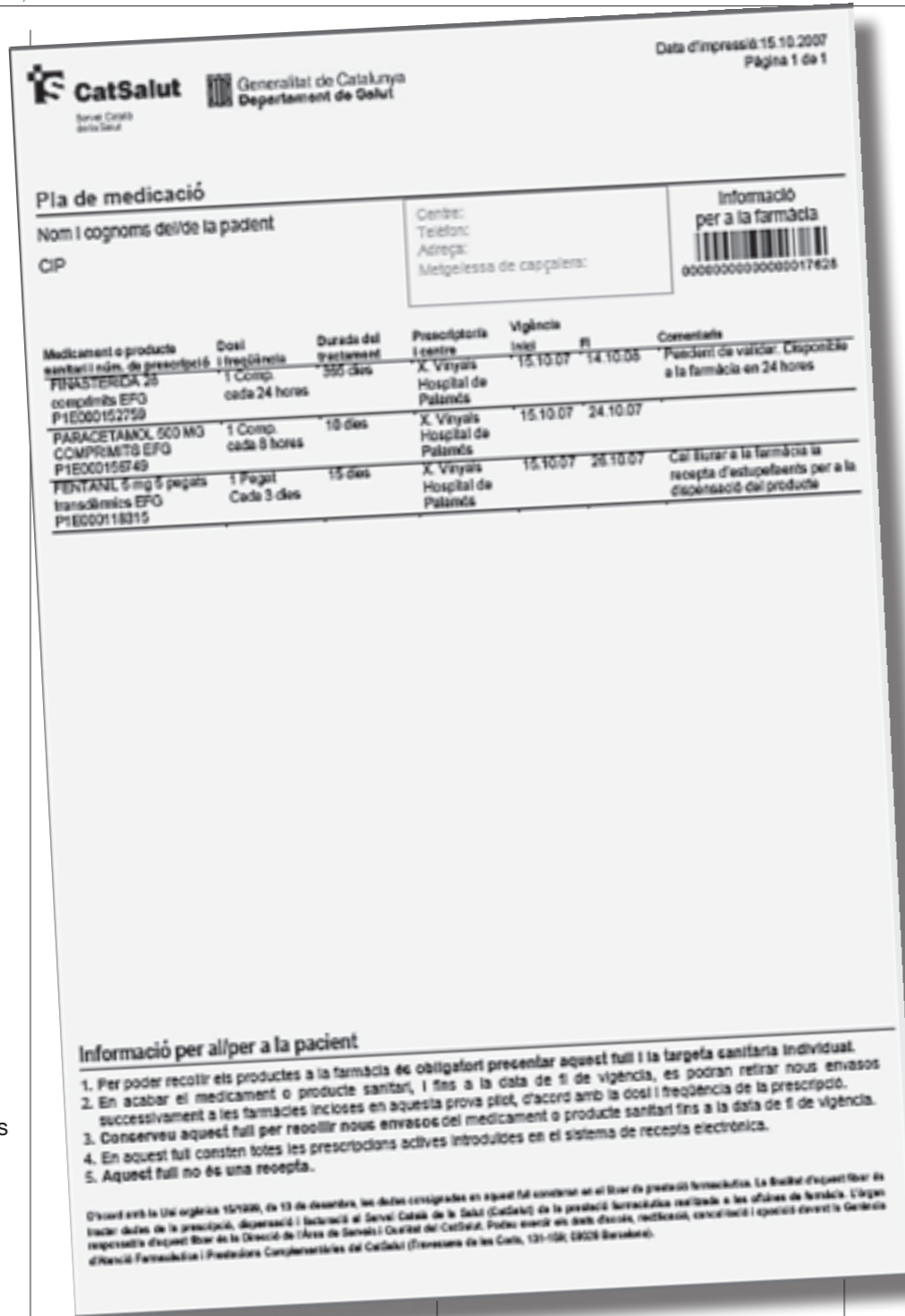
Però, per què passa això? Quins són els motius per acumular medicació a casa si tenim oficines de farmàcia accessibles a tots els punts de les nostres contrades i, sempre que ens cal una medicació, la podem obtenir amb facilitat? Alguns dirien que es fa perquè són gratuïtes i es mostrarien partidaris del copagament per contenir aquesta demanda no necessària, però aquest és un altre debat que ara no tractarem.

Sí que és cert que ara tenim una nova eina de suport per a la medicació: la recepta electrònica. I la pregunta que tot seguit ens fem és: la recepta electrònica pot ajudar a disminuir aquestes farmàcies innecessàries? Pot ajudar, avui o en el futur, a millorar el compliment terapèutic del malalt o l'adherència que diuen els farmacèutics?

**La recepta electrònica pot millorar l'adherència**

L'adherència al tractament, segons Haynes et al., es defineix com el grau de coincidència del comportament d'un pacient en relació amb els medicaments que ha de prendre, el seguiment d'una dieta o els canvis que ha de fer en el seu estil de vida, amb les recomanacions dels professionals de la salut que l'atenen<sup>3</sup>.

L'OMS considera la falta d'adherència als tractaments crònics i les seves conseqüències negatives, tant clínicament com econòmicament, un tema prioritari de salut pública. L'incompliment terapèutic és un greu problema que cal tenir



en compte, ja que moltes vegades condiona l'èxit terapèutic. La falta d'eficàcia del tractament per incompliment fa que el metge, que en moltes ocasions ignora aquest fet, no pugui valorar amb claredat la utilitat del tractament i pensi que el diagnòstic i/o el tractament no

siguin correctes. Aquest fet pot condicionar que se sotmeti el pacient a proves complementàries innecessàries, a dosis més altes de les habituals o a tractaments més agressius, fet que ocasiona un increment dels riscos per al malalt<sup>3</sup>.

Els motius del fracàs de la teràpia farmacològica poden ser molts, tal com recullen diversos estudis publicats, però una de les causes més ben demostrades és la no-adherència al tractament. En general, les causes principals de la no-adherència són: descuidar-se de prendre la dosi, deixar la medicació perquè els símptomes han remès i patir defici-

**Una informació de més qualitat als pacients sobre les seves patologies i tractaments evitaria molts casos d'incompliment del tractament**

ències en el coneixement sobre el problema de la salut i la medicació. Pel que fa a la repercussió econòmica, la no-adherència del tractament pot augmentar la despesa econòmica pels motius següents: manca d'efectivitat del medicament, empitjorament o complicacions de la malaltia, canvi freqüent de medicaments, increment de visites als CAP i/o als serveis d'urgències amb el possible increment d'ingressos hospitalaris, increment de proves diagnòstiques addicionals i disminució de la qualitat de vida<sup>5</sup>.

Un dels objectius de la recepta electrònica és evitar que els pacients crònics hagin d'anar al seu metge de família només per recollir receptes de continuació dels seus tractaments. Això ha fet disminuir el nombre de consultes a l'Atenció Primària i, per tant, que el metge de família pugui dedicar més temps a l'atenció de qualitat als seus pacients. La recepta electrònica redueix

la burocràcia del metge i l'ajuda en la prescripció, ja que aquest accedeix a l'historial farmacològic del pacient i el sistema li permet conèixer el compliment i una comunicació més fluida entre metges i farmacèutics. A més, les aplicacions informàtiques que fan servir els metges a la consulta i l'estació clínica de treball (l'ECAP a l'Atenció Primària) disposen de sistemes d'ajuda a la prescripció que tenen repercussió en una millor cura dels malalts, en la reducció d'errors i en la disminució de costos mèdics, ja que compten amb procediments per verificar interaccions, duplicats, al·lèrgies, contraindicacions, etc.

Un altre dels avantatges de la recepta electrònica és que se solucionen els problemes de les receptes manuscrites, que a vegades són il·legibles, incompletes o incorrectes. A més, s'evita la prescripció de medicaments no comercialitzats o

no finançats per CatSalut. Amb la recepta electrònica també és possible un millor control del compliment farmacoterapèutic, atès que el metge pot visualitzar si el pacient ha retirat de l'oficina de farmàcia la medicació prescrita i si ho ha fet en el moment que li tocava, fet que indica si el pacient pren els fàrmacs segons les indicacions que li ha donat el prescriptor. A més, les aplicacions informàtiques permeten incrementar la qualitat de la història clínica informatitzada, ja que és possible relacionar els tractaments prescrits amb els problemes de salut dels pacients.

Amb la recepta electrònica es pot conèixer en temps real les prescripcions i dispensacions realitzades, la qual cosa facilita el control de les alertes. També és molt útil per a l'anàlisi de dades epidemiològiques i l'ús racional del medicament.

Les causes que poden dur el pacient a incomplir els tractaments poden ser diferents. Per exemple, la poca informació sobre la medicació, raons econòmiques, la desconfiança en el medicament i/o en el metge prescriptor i reaccions adverses. Una informació de més qualitat als pacients sobre les seves patologies i tractaments evitaria molts casos



Universitat de Lleida  
Institut de Ciències de l'Educació  
Centre de Formació Contínua

**MÀSTER EN ACUPUNTURA PER A METGES I FISIOTERAPEUTES**

Inici octubre 2010 - final juny 2012

**MODALITAT SEMIPRESENCIAL**

Us presentem aquest Màster en Acupuntura per a llicenciats en medicina i diplomats en fisioteràpia així com el títol d'Expert en Acupuntura Odontològica que ofereix la Universitat de Lleida mitjançant l'Institut de Ciències de l'Educació - Centre de Formació Contínua.

Les classes teòriques més importants seran presencials en 14 dissabtes. Les pràctiques seran exhaustives en gran part en consulta, en grups petits, i amb pacients reals. Comptem amb professors de prestigi i experiència clínica i amb tutors que gràcies a una plataforma "on line" seguiran l'evolució acadèmica de l'alumne i dirigiran el treball de investigació imprescindible per a obtenir la titulació.

**DIRECCIÓ**  
Dra. Isabel Giralt Sampedro

**COORDINACIÓ**  
Dr. Marcelo Tegiacchi  
Fisioterapeuta - Tomas Tegiacchi

Les pràctiques es faran en grups i si hi ha alumnes suficients en llocs propers a la seva residència.

**Més informació i inscripcions**  
Universitat de Lleida  
Institut de Ciències de l'Educació  
Centre de Formació Contínua  
Web: <http://www.ice.udl.cat>  
Telèfon secretaria: 973 70 33 82 / 83  
e-mail: [formaciocontinua@ice.udl.cat](mailto:formaciocontinua@ice.udl.cat)

Gràcies a un acord de la direcció del Màster, els alumnes tenen inclosa en la matrícula i durant un any la subscripció a la REVISTA INTERNACIONAL D'ACUPUNTURA, òrgan d'expressió de les principals Associacions i Societats de l'activitat científica de l'Acupuntura en el nostre país.



**Un altre dels avantatges és que se solucionen els problemes de les receptes manuscrites, que a vegades són il·legibles, incompletes o incorrectes**

d'incompliment<sup>6</sup>. Per tal de millorar l'adherència, el metge pot preguntar quina medicació es pren el malalt i si aquest ens confirma (o no) allò que ara veiem dins de la prescripció activa de la nostra estació clínica de treball.

Moltes vegades comprovem que una cosa és la teoria (allò que els hem prescrit) i una altra és la pràctica de les medicines que realment utilitzen. La pregunta "Quantes caixes li queden a casa?" també pot ajudar a ajustar la continuïtat del tractament, ja sigui qualitativament o quantitativament. No sempre el malalt és un mal complidor. Potser ha estat ingressat i li han donat medicacions per altres vies o potser ha deixat de medicar-se si han aparegut efectes secundaris indesitjables.

Pel que fa a l'àmbit de la dispensació per part de l'oficina de farmàcia, la recepta electrònica també ajuda a disminuir errors, atès que minimitza el risc que es pugui dispensar un fàrmac equivocat, tant pel que fa a l'especialitat farmacèutica, com a una dosi o a una forma farmacèutica diferent. En el pla de medicació, el farmacèutic pot veure el tractament actiu complet del pacient, necessari per a una correcta atenció farmacèutica i, així, fer un seguiment de l'adherència del tractament i alhora evitar l'acumulació de medicaments al domicili.

L'atenció farmacèutica inclou: educació al pacient sobre la seva medicació i les indicacions per les quals se li ha prescrit per maximitzar el benefici terapèutic i la seguretat, repàs de l'historial farmacoterapèutic del pacient, monitorització contínua de la teràpia del pacient, recerca d'efectes adversos potencials i monitorització de l'habilitat del pacient per prendre's la medicació correctament.

El farmacèutic juga un paper important en l'augment de l'adherència, ja que pot detectar el no-compliment, proporcionar el consell assistit i, a més, des de fa uns anys, té un instrument que permet organitzar la pressa de medicació: el Sistema Personalitzat de Dosificació (SPD). El programa de l'SPD es basa en l'ús i el maneig de blisters com a suport a la dispensació de medicaments.

D'aquesta manera, el farmacèutic pot desenvolupar un programa global que inclou el seguiment, la supervisió, el consell i el control de qualsevol pauta farmacològica en determinats pacients. A més, redu-



eix els errors de medicació en l'administració, evita els problemes de manipulació i conservació, redueix l'estoc emmagatzemat al domicili, evita problemes de confusió o intoxicació involuntària i augmenta el control del problema de salut<sup>5</sup>.

L'ús de calendaris i recordatoris també permet augmentar el grau de compliment. Altres sistemes que ara ens poden semblar futuristes són ja, avui, una realitat tècnica possible: blisters amb senyal acústica<sup>2</sup>, recordatoris de medicació per SMS, etc.

A més, properament es farà efectiva la possibilitat d'enviar missatges mitjançant els sistemes informàtics de la recepta electrònica (SIRE) que permetran la comunicació entre els professionals del CatSalut, el metge prescriptor i el farmacèutic, amb l'objectiu d'assolir una assistència sanitària integral:

CatSalut podrà enviar avisos genèrics referents, com, per exemple, alertes farmacèutiques.

El metge podrà informar els farmacèutics de possibles riscos

sobre el malalt, com, per exemple, que el pacient és al·lèrgic a determinats medicaments.

El farmacèutic podrà suspendre cautelament la dispensació d'un medicament receptat, quan consideri que pot suposar un risc per a la salut del pacient, i això serà comunicat automàticament al metge que ho va receptar. El farmacèutic també pot notificar al metge responsable la sospita que un pacient sigui mal complidor.

La recepta electrònica també pot ajudar l'usuari a millorar l'adherència als tractaments, ja que actualment és més fàcil recollir un medicament a l'oficina de farmàcia. Això fa que la gent no se'ls salti. A més, facilita la mobilitat dels ciutadans, perquè poden anar a qualsevol oficina de farmàcia del territori català a buscar els seus fàrmacs.

El fet d'entregar el pla de medicació en paper a l'usuari també permet evitar errors, atès que en el full consta l'especialitat farmacèutica prescrita, la pauta, la dosi i les instruccions per seguir correctament

el tractament. En conclusió, amb la recepta electrònica s'aconsegueix una seguretat més gran.

Així doncs, un any després de l'endegament de la recepta electrònica podem concloure que aquest sistema pot millorar el compliment del tractament, encara que això ho haurem de provar, així com contribuir en la recerca de la millor utilització dels serveis. Tot plegat ens ajudarà a millorar l'eficiència del nostre sistema de salut. A les preguntes que ens fèiem abans, nosaltres responem que sí que podem millorar, sobretot si tenim cura d'incidir en diferents punts dins del procés assistencial a la consulta, a l'oficina de farmàcia o quan anem al domicili del malalt.

**Judit Cirera Torres**  
Farmacèutica  
**Dr. Ramon Piñol Llovera**  
Metge

#### BIBLIOGRAFIA

1 Se puede enseñar al paciente a ser eficaz en consulta. El País, Joan Carles Ambrojo Barcelona (16-02-2010).

Accessible març 2010 a [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/puede/ensenar/paciente/ser/eficaz/consulta/elpepisc/20100216elpepisc\\_10/Tes?print=1](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/puede/ensenar/paciente/ser/eficaz/consulta/elpepisc/20100216elpepisc_10/Tes?print=1)

2 La salut de les persones grans: la visita a domicili i l'atenció a les persones amb dificultat per fer les activitats quotidianes. Plans estratègics d'ordenació de serveis. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut accessible a març 2010 <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/1501dgpa.pdf>

3 Haynes RB, Taylor DW, Sackett DJ, editores. Compliance in heart care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976, 516.

4 Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.

5 Programa del sistema personalitzat de dosificació. Document del Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona. Versió 2007.

6 Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción en atención primaria en el medio rural. Aten Primaria 1997; 19: 41-46.

7 [http://medicommordic.synkron.com/graphics/Brochures/Helping%20Hand%20brochure\\_2008\\_web.pdf](http://medicommordic.synkron.com/graphics/Brochures/Helping%20Hand%20brochure_2008_web.pdf)

## Nou concepte d'activitat assistencial: naixement del pla de medicació

Des de fa 19 mesos, camina per les nostres terres una tecnologia que facilita la tasca assistencial de tots els professionals que treballen a l'Atenció Primària, des del Pirineu fins a la plana, recorrent tots els indrets de la nostra estimada província de Lleida, i des dels centres d'Atenció Primària fins als consultors locals més remots. Tots estem imbricats en una xarxa paral·lela a l'iniciada amb la informatització de les nostres consultes. I, a més, introduïm en aquest conjunt assistencial, format per l'equip d'Atenció Primària amb la presència de metges, infermeres i administratius, un nou element, com és el farmacèutic: un continuïtat d'atenció al voltant del nostre pacient, usuari, client o

*La recepta en format electrònic s'ha d'entendre com una eina per a la integració i millora de la tasca conjunta entre metge i farmacèutic*

## La recepta electrònica en xifres

L'any 2009, 103.136 pacients (el 28,2% del total de la població de la Regió Sanitària Lleida) van iniciar la recepta electrònica. Des del 18 de novembre del 2008 fins al 22 de març del 2010, s'han dispensat 3.169.019 receptes a 138.737 pacients amb recepta electrònica.

En l'actualitat, 339 metges prescriuen amb recepta electrònica i 153 farmàcies la dispensen. El percentatge de receptes electròniques dispensades en l'últim mes és del 52% del total de receptes facturades.

Les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que més prescriuen amb recepta electrònica són Seròs (un 76%), les Borges Blanques (un 68%) i el Pla d'Urgell (un 66%). Les que menys són Artesa de Segre (un 39%), Bellpuig (un 35%) i Lleida-1 Rambla Ferran (un 28%).

**Jordi Domènech**  
Cap de Farmàcia  
Regió Sanitària Lleida

ciutadà (segons sigui la nomenclatura emprada per qualsevol de nosaltres).

El principal objectiu a partir de les noves tecnologies és agilitzar els processos administratius i les xarxes de comunicació.

La recepta en format electrònic s'ha d'entendre com una eina per a la integració i millora de la tasca conjunta entre metge i farmacèutic.

Però, en què consisteix el pla de medicació? I què és i pot representar la recepta electrònica? Són el mateix? Doncs segons com es miri podríem afirmar-ho, però conceptualment són nomenclatures i activitats diferents. La recepta electrònica és una sistematització que permet automatitzar el procés de prescripció i dispensació, sobre la base d'una intranet d'accés a metges i farmacèutics, en què s'assigna un codi informàtic a cada medicament. Perquè això es porti a la pràctica, és necessària, en primer lloc, la informatització dels centres sanitaris i un sistema compatible entre aquests i les farmàcies. No s'ha d'oblidar que, en aquest complex



procés, cal garantir tots els aspectes relatius a la confidencialitat i seguretat de les transaccions.

Tanmateix, on queda ubicat el concepte de pla de medicació? Aquesta és l'activitat assistencial portada a terme pel metge i la infermera d'Atenció Primària, per la qual ordenen la medicació que ha de prendre el nostre usuari (fàrmacs, posologies, valoració d'efectes secundaris i interferències entre les diverses medicacions), tot racionalitzant, gestionant i emetent l'ordre de medicació que constitueix el pla de medicació. Ara sí que es convertirà en la recepta electrònica, moment que s'eleva a nivell electrònic i navega per aquest espai que defineix les noves tecnologies i s'imbrica en un Sistema Informàtic de Recepta Electrònica (SIRE) que intercomunica tot el sistema sanitari, des del centre de salut fins a l'oficina de farmàcia.

Quins beneficis suposa per estaments aquesta nova tecnologia?

Per al metge-prescriptor:

1. Suport a la prescripció.
2. Permet al metge realitzar un millor seguiment de la prescripció d'un pacient mitjançant l'accés al seu historial clínic i farmacoterapèutic. Evita la generació d'errors de prescripció per desconeixement, duplicació terapèutica, etc.
3. El metge pot detectar interaccions medicamentoses i al·lèrgies.
4. En rebre informació sobre els medicaments, li permet prendre decisions amb criteris de cost/efectivitat.
5. Recepció en temps real d'alertes sobre problemes en medicaments (farmacovigilància).
6. Reducció del temps dedicat a la prescripció en eliminar tasques rutinàries i la repetició de receptes mèdiques, fonamentalment en tractaments crònics i medicaments amb visat previ a la seva dispensació.
7. Reducció del nombre de consultes per a renovació de receptes.
8. Reducció del nombre d'homologacions, ja que es passa d'homologar receptes a homologar prescripcions o tractaments.
9. Increment del temps per dedicar a tasques purament de diagnòstic i tractament.

Per a l'oficina de farmàcia:

1. Eliminació dels errors produïts per la lectura de receptes.



2. Disminució de les despeses produïdes per la gestió i facturació.
3. Participació més destacada en la farmacovigilància.
4. Potenciació de la faceta professional del farmacèutic en benefici del pacient.

Per al CatSalut:

1. Control de la despesa i correcció del frau per millorar la gestió de l'Àrea de Farmàcia.
2. Coneixement en temps real de les prescripcions realitzades.
3. Simplificació de la previsió dels costos farmacèutics i millora de la gestió de tresoreria.
4. Foment de l'ús adequat dels recursos assistencials.
5. Millora de la qualitat de l'atenció sanitària als pacients.
6. Augment del coneixement del consum real dels pacients respecte a la dispensació.
7. Ajuda en els processos de conciliació i facturació amb les oficines de farmàcia i reducció de les despeses de facturació.

Per al pacient:

1. Millora de la qualitat assistencial i, per tant, de la seguretat i eficàcia en els tractaments dels pacients.
2. El pacient crònic evitarà el desplaçament a les consultes mèdiques per renovar la medicació.

3. Es redueixen tràmits necessaris per al control sanitari del visat de medicaments.
4. S'eviten els problemes per la pèrdua de receptes.

La implantació de la recepta electrònica també comporta una sèrie de problemes de naturaleses diverses. Les dues dificultats més importants fan referència als requeriments tècnics necessaris per a la posada en funcionament i desenvolupament d'aquests sistemes i, en certa manera, relacionats amb l'elevat cost que això suposa de forma inicial.

Quins són els reptes que es plantegen a partir d'ara?

- Integració dels diferents sistemes d'informació sanitària.
- Coordinació entre els diversos actors implicats.
- Modificació de la legislació que afecti la recepta mèdica.
- Protecció de les dades personals dels pacients.
- Presa de consciència dels agents implicats: metges, farmacèutics i pacients.

Tot i això, ens faltaria donar resposta a una sèrie de preguntes i controvèrsies davant de la recepta electrònica:

Com facilitarà la recepta electrònica la disminució de la despesa farmacèutica?

Hi haurà una integració de la prescripció digitalitzada en els sistemes sanitaris públics i privats?

Com es regularà l'accés a la història clínica digital per part dels agents implicats mitjançant la recepta electrònica?

Quin serà el ritme de traspàs de la prescripció tradicional a l'electrònica?

Com afectarà a les oficines de farmàcia aquesta nova forma de dispensació des d'un punt de vista administratiu?

El farmacèutic podrà utilitzar la informació terapèutica procedent de la recepta electrònica per realitzar atenció farmacèutica?

En aquest cas, completarà aquesta informació la història farmacoterapèutica del pacient-client a l'oficina de farmàcia?

Es podrà utilitzar per elaborar campanyes de fidelització de clients?

Podrà haver-hi cessió de dades extretes de la recepta electrònica de l'oficina de farmàcia a la indústria?

Amb la implantació d'aquest nou sistema d'informació i treball, l'ofici-

na de farmàcia es convertirà en l'eix sobre el qual pivotarà tot el sistema de prescripció digital i manejarà grans quantitats d'informació terapèutica del pacient-client. El futur ens orientarà a la millora d'aquest nou procediment de forma constant.

**Dr. Antoni Plana Blanco**

Metge de família. ABS Balàfia - Pardinyes - Secà. Àmbit Lleida. ICS Professor associat de Medicina Primària. Facultat de Medicina Universitat de Lleida

## La recepta electrònica en un especialista: pla pilot

El fet d'iniciar la utilització de la recepta electrònica com a especialista es va produir de manera fortuïta. Quan els metges d'Atenció Primària es van endinsar en la recepta electrònica, com a psiquiatre d'un centre de salut mental ubicat dins d'una Àrea Bàsica de Salut (ABS) de l'Institut Català de la Salut (ICS), es van plantejar certs dilemes.

La peculiaritat de l'atenció psiquiàtrica ambulatoria fa que tot sovint modifiquem la pauta terapèutica dels pacients, ja sigui perquè incrementem o reduïm la dosi o canviem fàrmacs per falta d'eficàcia o per efectes secundaris importants.

Tots aquests canvis, que abans la infermera de referència introduïa en el tractament de l'usuari, van causar, amb la recepta electrònica, que l'usuari havia de sol·licitar visita amb el seu MAP per poder dur-los a terme i que, per tant, sobrecarregava de feina el metge de capçalera per una tasca que se suposava que la implantació de la recepta electrònica havia de resoldre.

Es va parlar d'aquest problema amb els metges de capçalera i l'aleshores responsable de l'Àrea Bàsica de Salut va fer les gestions necessàries amb CatSalut perquè se'm facilités l'accés a la recepta electrònica. L'administració va valorar que es faria un pla pilot en el meu cas, per veure com funcionava aquesta nova eina en mans d'un especialista. I així va ser com em vaig trobar immers en aquesta nova experiència.

I com ha estat aquesta experiència? Doncs la veritat és que he de valorar-la força positivament. La sensació bàsica és que puc controlar molt millor el tractament dels

meus pacients, a banda d'eliminar la part feixuga d'haver d'anar al MAP de referència per cada canvi en el tractament. El fet de veure't obligat a utilitzar l'ECAP per a la prescripció fa que en tot moment sàpigues quines altres medicacions està rebent el pacient, la qual cosa és essencial a l'hora d'evitar incompatibilitats o de sumar efectes adversos i contraindicacions.

Un altre punt que resol la utilització de la recepta electrònica per part de l'especialista és el complicat tema de les novetats terapèutiques i dels fàrmacs genèrics. La polèmica suscitada al voltant d'aquest tema és molt gran, així com, sobretot, la pressió a què estem sotmesos els professionals sanitaris.

Això implica que sovint un fàrmac no genèric prescrit per un especialista sigui substituït pel metge d'Atenció Primària i, de vegades, no tan sols en el cas de fàrmacs que tenen el seu referent genèric, sinó també amb novetats terapèutiques. En aquest sentit, i com a exemple, cal destacar el problema que hi ha hagut entre l'escitalopram i el citalopram.

En patologies cròniques i en pacients que sovint són difícils de mantenir compensats, com és el cas de la salut mental, l'especialista decideix no modificar un producte de marca o instaurar un tractament dels llistats i penalitzats com a novetat terapèutica.

Tanmateix, i com s'ha esmentat anteriorment, la pressió que es rep per part de l'administració fa que el metge de capçalera es vegi pràcticament obligat a realitzar canvis en el tractament si aquests repercuten en les DPO de la seva ABS. Això no obstant, si tot el tractament està en mans de l'especialista mitjançant la recepta electrònica, aquest problema queda resolt perquè cada professional es fa responsable directament de les seves prescripcions.

Així doncs, es pot concloure que la utilització de la recepta electrònica en el meu cas i experiència personal ha estat del tot favorable, ja que m'ha facilitat la prescripció, el

**Actualment, el percentatge de dispensacions amb recepta electrònica és de prop del 50%**

control dels tractaments, el seguiment dels casos i la relació amb els companys d'Atenció Primària.

**Dr. Jordi Arboix Ruiz**

Psiquiatre  
CSMA Cervera

## La recepta electrònica: nous reptes

Després d'aproximadament un any de la implantació de la recepta electrònica gairebé a tota la província de Lleida —només queda pendent la comarca de la Vall d'Aran—, he de dir que la meua valoració és positiva, encara que per aconseguir un grau d'excel·lència s'haurien de complir els objectius que tot seguit exposaré.

Actualment, el percentatge de dispensacions amb recepta electrònica sobre la dispensació total és de prop del 50% i va creixent a poc a poc cada mes. Crec que, perquè les oficines de farmàcia puguin reduir despeses, aquest percentatge hauria d'estar per sobre del 70%.

S'ha de disposar d'un pla de contingències que doni cobertura legal a les farmàcies i permeti la continuïtat de les dispensacions amb total garantia en situacions excepcionals com, per exemple, un possible tall del subministrament elèctric.

S'ha de començar a desenvolupar la part del projecte que permet la comunicació a través de la xarxa entre metges i farmacèutics. Aquesta part podria ser un primer pas per a la nostra integració en els equips d'Atenció Primària.

A partir de la meua experiència personal durant aquest any de funcionament, voldria valorar que disposar del full de medicació que conté el tractament complet dels usuaris que acudeixen a la meua oficina de farmàcia m'ha permès fer un seguiment més acurat del compliment del tractament. D'aquesta manera, he detectat i corregit faltes d'adherència (antihipertensius, antidiabètics orals, etc.) i possibles abusos (benzodiacepines).

Per acabar, crec que la recepta electrònica i la xarxa de comunicació entre metges i farmacèutics ha de seguir millorant amb aportacions de tots els agents implicats per incidir positivament en la salut de la població.

**Daniel Manso Abizanda**  
Farmacèutic comunitari

# Fibromiàlgia: consideracions sobre el diagnòstic i el seguiment

La fibromiàlgia (FM) és una síndrome ben establerta i definida com una malaltia poliàlgica i crònica, d'origen no inflamatori, associada a la presència d'uns punts dolorosos reproduïts a la palpació. L'absència de signes clínics realment objectius o de marcadors, ja siguin analítics o d'imatge específics, evidencia les dificultats diagnòstiques i les característiques poc definides de com fer-ne un seguiment clínic o terapèutic. La recent troballa objectiva d'alguns neurotransmissors (1) o l'observació d'alteracions en neuroimatge (2) han canviat, potser, l'interès per la comprensió de la malaltia, però encara no poden utilitzar-se de manera rutinària ni com a diagnòstic ni com a seguiment.

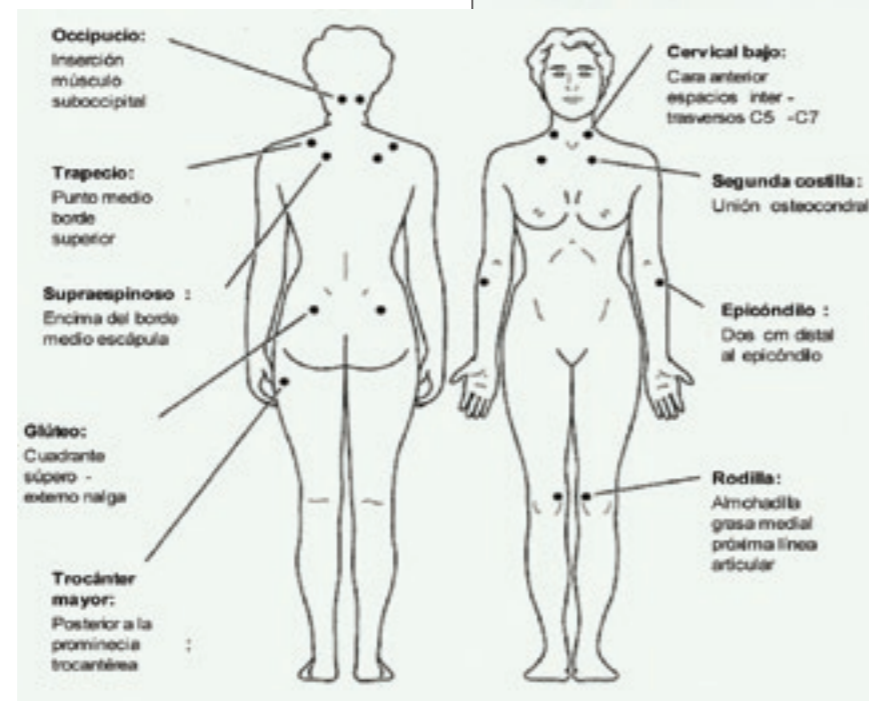
Els criteris publicats pel College American Rheumatology (ACR) s'han imposat, des de la seva aparició el 1990, a la literatura internacional i als treballs clínics dedicats a la FM. Van ser establerts en estudiar 558 pacients: 293 amb FM comparats amb 265 pacients més, controls similars en edat i sexe i seguits d'altres síndromes dolorosos. Aquests criteris es poden resumir com:

Dolor bilateral com a mínim de tres mesos de durada als quatre quadrants del cos i associats a dolor de raquis vertebral. Dolor en la pressió d'uns quatre quilograms de com a mínim 11 punts sensibles de 18 (figura 1). Inexistència d'altres malalties que puguin confondre el quadre clínic.

Es considera diagnòstic de FM si els criteris 1 i 2 són presents i si els dolors duren més de tres mesos. Els criteris tenen una sensibilitat del 88,4% i una especificitat del 81,1%. Tanmateix, cal precisar que pot haver-hi diferents factors que poden influenciar la resposta a l'estimulació dels punts dolorosos i que aquests poden ser presents en absència de FM. La presència d'al-

tres punts de dolor en diferents parts del cos tampoc exclou tenir FM. Així mateix, els criteris de l'ACR han estat titllats d'ambigus perquè no diferencien entre la FM primària i la secundària i no contempnen criteris d'exclusió. A més, hi ha moltes altres malalties que poden provocar dolor generalitzat, i transitòries, com algunes infeccions virals agudes que duren més dels tres mesos exigits a la FM. Els criteris tampoc mencionen símptomes no dolorosos associats a la FM i presents a la majoria de pacients, com poden ser la fatiga, les alteracions del son amb un despertar no reparador, cefalea o còlon irritable. Potser són criteris de classificació, més que de diagnòstic, i penso que han de ser revisats.

Per avaluar la severitat i l'evolució de la FM es disposa de pocs utensilis.



Potser és el qüestionari d'impacte de la FM (FIQ) el que estudia millor els diferents components de la malaltia. Té deu ítems que avaluen la capacitat funcional, de treball, el dolor, la fatiga, la son, l'ansietat o la depressió. Els pacients que no necessiten la nostra ajuda poden omplir-lo en cinc minuts. Està traduït i validat en molts idiomes, el català i l'espanyol inclosos. De la mateixa manera, amb aquest qüestionari podem seguir el procés de millora de la malaltia. Actualment, s'utilitza per als assaigs terapèutics, estudis multicèntrics o per a metanàlisis. El FIQ es troba fàcilment als diferents cercadors d'internet. Hi ha altres qüestionaris de seguiment, però són per a característiques específiques de la clínica de la malaltia: EV per dolor, STAI i Beck per a ansietat o a depressió, i HAQ o SF-36 per a grau de funcionalitat. De tota manera, repeteixo que cap d'aquests

analitza millor les diferents vessants de la malaltia que el FIQ. Com a conclusió, cal dir que el diagnòstic de la FM continua essent essencialment clínic i que encara no es disposa de cap prova *gold standard* objectiva. Els criteris de la FM proposats per l'ACR són imperfectes. Penso que requereixen una revisió i que cal continuar de moment amb el FIQ per al seguiment.

**Dr. Lluís Rosselló**  
Reumatòleg i coordinador de la UHE en FM i SFC de l'Hospital Santa Maria de Lleida

## BIBLIOGRAFIA

Ablin J et al. Pathogenesis of fibromyalgia-a review. *Joint Bone Spine*. 2008. 75:273-9.  
Guedj E et al. Clinical correlate of brain SPECT abnormalities in fibromyalgia. *2008. J N ucl Med*. 49:1798-803.

# El vessant psicològic de la fibromiàlgia

La fibromiàlgia ha estat durant molt temps una malaltia invisible, és a dir, no s'ha entès i s'ha considerat com una malaltia psicossomàtica perquè no se'n trobaven les causes físiques que justificassin el dolor. Tot i que cada cop més la recerca científica està demostrant que no és una malaltia psicològica, encara és difícil per a molta gent entendre-la i acceptar-la. Això duu molts pacients a sentir-se incompresos, però sobretot a no entendre, tampoc ells, la malaltia i a adoptar actituds de lluita contra el dolor que l'incrementen i el cronifiquen. És aquí on pren importància la intervenció psicològica.

El paper de la psicoteràpia es basa en la idea que el tractament de la fibromiàlgia no és quelcom passiu, sinó que més aviat és un procés actiu que depèn del pacient i dels canvis que pugui fer en la seva actitud i conducta per gestionar el dolor. En aquest sentit, es tractaria de fer modificacions en l'estil de vida del pacient que el duguin a disminuir els factors mantenidors que cronifiquen la fibromiàlgia, com ara l'activitat excessiva amb episodis de dolor i evitar situacions que puguin provocar la sensació d'inutilitat i d'incapacitat constant d'una vida pobra en estímuls positius i gratificants.

S'observa una disminució del llindar del dolor en la fibromiàlgia, fet que comporta que petits estímuls o activitats aparentment inòcues generen sensació de dolor (alodínia). En general, un cop apareix aquest dolor, les persones afectades continuen fent l'activitat, generalment fins que acaben o fins que ja no poden aguantar més. Aquest fet, anomenat activitat excessiva, té dues conseqüències: d'una banda, incrementa la sensibilització al dolor i, de l'altra, genera una situació de dolor i fatiga posterior que requereix un descans que pot durar dies o hores i que augmenta en la persona la sensació d'incapacitat i molts cops d'inutilitat. Per tant, l'objectiu principal del tractament és que la persona pugui realitzar les activitats de forma fraccionada, és a dir, que pugui fer petites parades just en el moment en què el dolor apareix o s'incrementa.

Tenint en compte la personalitat prèvia d'una gran majoria de persones afec-

tasques per la fibromiàlgia, generalment persones molt actives, acostumades a fer moltes coses a l'hora i molt ràpid, això suposa un gran canvi en l'estil de vida. Així, molts cops s'ha de treballar a partir de les implicacions que genera aturar l'activitat sense haver-la acabat o trigar més a realitzar-se. Abordar la responsabilitat excessiva subjacent o la tendència al catastrofisme —és a dir, a interpretar el dolor, el fraccionament de l'activitat o les possibles conseqüències que pugui comportar com a quelcom catastròfic— pot facilitar aquest canvi positiu que conduirà a una major funcionalitat. Si es realitza correctament, s'espera que cada cop s'hagin de realitzar menys aturades i que el dolor sigui menys intens. Això condueix de forma indirecta a una sensació més gran de control, una autoestima més forta i un sentiment d'eficàcia més gran.

Com ja hem comentat, s'observa una disminució del llindar del dolor en la fibromiàlgia. Hem de recordar que el dolor té una funció adaptativa, és a dir, ens permet identificar els estímuls lesius per a l'organisme i allunyar-nos-en o evitar-los, és a dir, provoca una conducta tant de fugida com d'evitació. No obstant això, quan el dolor és crònic, perd la funció adaptativa i genera un malestar i unes limitacions que la gran majoria de vegades es veuen incrementades per les mateixes conductes d'evitació i fugida. Així, el fet d'evitar situacions perquè "em farà mal" o "ho passaré malament" disminueix l'oportunitat de gaudir de situacions positives i de fer determinades activitats que generen sensacions de benestar i sentiments de capacitat, com, per exemple, tenir una ocupació laboral o realitzar tasques domèsti-

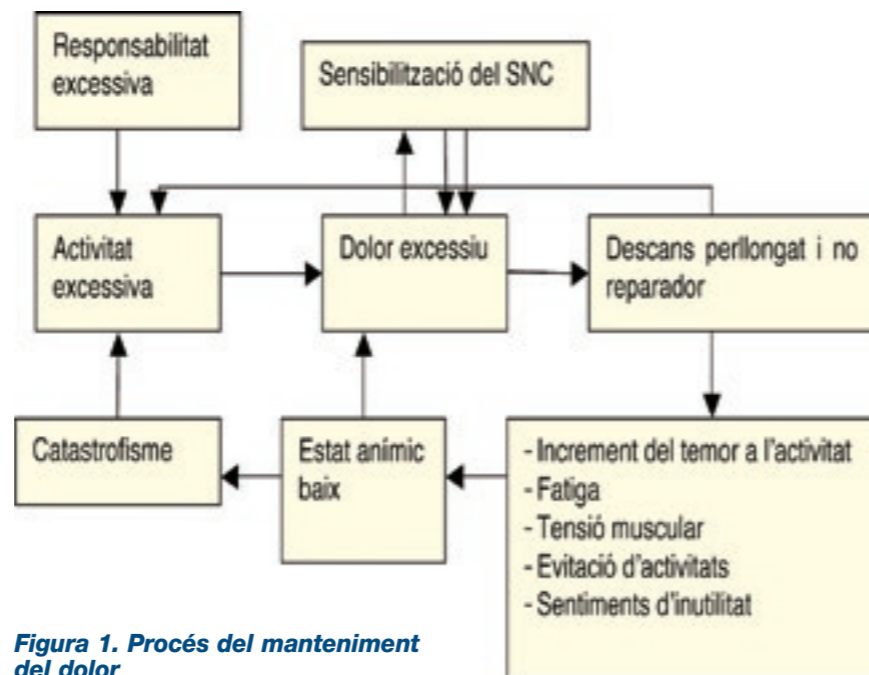


Figura 1. Procés del manteniment del dolor

S'ha de treballar a partir de les implicacions que genera aturar l'activitat sense haver-la acabat

El malestar emocional i l'atenció a l'estímul dolorós incrementa les sensacions de dolor

ques.

D'altra banda, cal recordar que el malestar emocional i l'atenció a l'estímul dolorós incrementa les sensacions de dolor. Si bé és cert que les modificacions en la conducta i l'estil de vida necessàries condueixen a una qualitat de vida millor, a una sensació més gran de control i eficàcia i, per tant, a una millora en l'autoestima i en l'estat anímic del pacient, les intervencions dirigides a disminuir l'ansietat, a controlar els estímuls estressants i a millorar l'estat anímic i l'autoestima poden ajudar en tot aquest procés.

Laura Bosa López  
Psicòloga de la UHE en FM i SFC  
de l'Hospital Santa Maria de Lleida



L'exercici aeròbic de baix impacte, com la natació, ajuda a superar l'atròfia muscular de la fibromiàlgia

# La fisioteràpia com a eina terapèutica de la fibromiàlgia

La fisioteràpia en el tractament de la fibromiàlgia (FM) comparteix objectiu comú amb les diferents disciplines presents en la Unitat Hospitalària Especialitzada (UHE): dotar el pacient afectat de fibromiàlgia d'estratègies d'enfrontament als diferents problemes de salut associats a aquesta malaltia i, en conseqüència, millorar la seva qualitat de vida. Per assolir aquests objectius, comptem amb les eines de l'educació sanitària i el tractament grupal multidisciplinari, que coordina el tractament psicològic, fisioterapèutic i de teràpia ocupacional.

L'educació sanitària permet arribar a un nombre més gran de persones en cada actuació: són nombrosos els estudis que n'han demostrat la utilitat per reduir el dolor i aconseguir una millora psicològica, un increment en la capacitat d'autocontrol i la conseqüent disminució de la dependència dels ser-

Comptem amb les eines de l'educació sanitària i el tractament grupal multidisciplinari

L'exercici incrementa la capacitat del pacient de tolerar els símptomes de la malaltia

Un altre símptoma descrit és la rigidesa matinal

veis sanitaris.

El tractament de fisioteràpia que reben els nostres pacients se centra en la cinesiteràpia, d'una banda, mitjançant l'exercici aeròbic, la mobilització articular activa i els exercicis d'autoelongació muscular, i, de l'altra, l'automassatge i la pràctica de tècniques de relaxació.

Com el seu nom indica, el dolor de la fibromiàlgia afecta bàsicament la fibra muscular i provoca, com a resultat del cercle viciós dolor-inactivitat, una atròfia muscular que superarem amb l'exercici aeròbic de baix impacte, com ara caminar o nedar. Aquest exercici comporta una disminució del dolor, augmenta la força, millora el son, la capacitat física, l'autopercepció de salut i l'estat psicològic. En definitiva, incrementa la capacitat del pacient de tolerar els símptomes de la FM i produeix una disminució de les àlgies per alliberament de betaendorfines, betalipotropines i

## 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

opioides amb la consegüent millora de l'estat mental, que té efectes en la fase lenta del son, així com un increment de la capacitat de treball i la percepció d'energia i benestar.

Un altre símptoma referit pels individus afectats d'FM és la rigidesa matinal: una pauta d'exercicis de mobilització activa suau de totes les articulacions que el pacient ha de realitzar cada matí abans d'abandonar el llit ha donat excel·lents resultats en el control d'aquest trastorn.

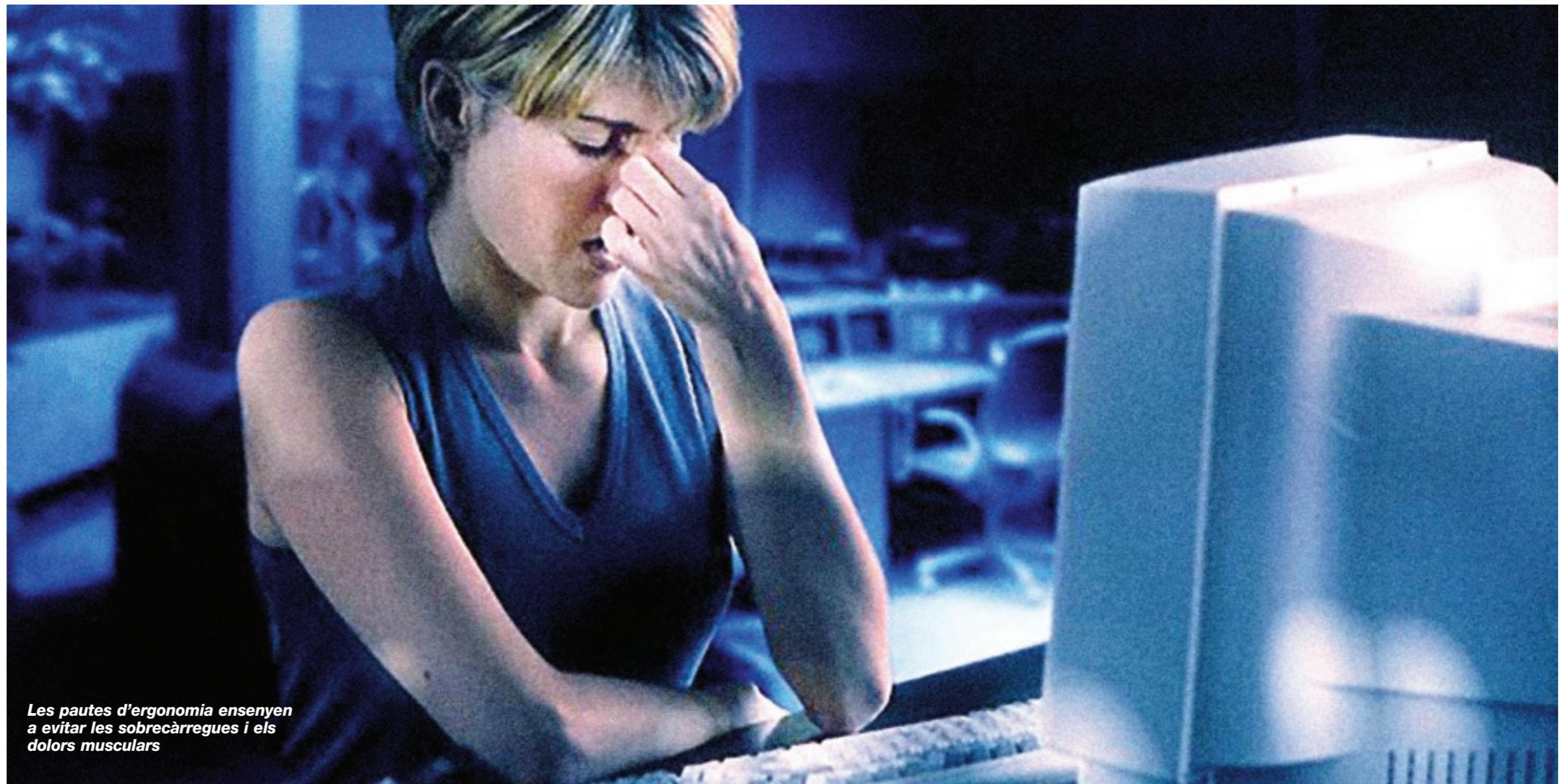
L'efecte beneficiós del massatge per mobilitzar els líquids intersticials i eliminar els metabòlits musculars comporta entrar en contradicció amb el reflex antiàlgic i sovint provoca com a resultat de la hiperalgèsia característica de la FM. Salvem aquest inconvenient ensenyant als nostres pacients a realitzar l'automassatge i a insistir en maniobres preventives i pal·liatives per a les cefalees tensionals i les molèsties pròpies de la disfunció temporomandibular.

Quant a l'entrenament de la relaxació, la nostra eina principal és la sofrologia, tot i que també utilitzem la clàssica tècnica Alexandre o de Feldenkrais, basada en el moviment harmònic com a vehicle per al coneixement del propi cos. La sofrologia constitueix un mètode especialment idoni per tractar la FM, atès que treballa l'esquema corporal, habitualment deformat en aquests pacients, facilita el control postural i potencia la fase sofroliminal, limítrofa entre l'estat conscient i inconscient, dèbil i fragmentada en els individus que pateixen insomni, com són els afectats d'FM. A més, la sofrologia aporta tècniques de control mental del dolor i de l'insomni, així com tècniques centrades en l'acceptació de la malaltia i la concentració, i d'altres que incideixen directament en l'esquema existencial o en el reconeixement i control de la tensió muscular.

En definitiva, el tractament multidisciplinari és un entrenament. Per aquest motiu, és imprescindible que els pacients assumeixin totes les eines que els lliurem com una disciplina. Per tant, és vital establir un programa terapèutic i cercar estratègies per mantenir taxes altes d'adhesió. Amb aquest objectiu, realitzem un seguiment mensual de tots els pacients que han finalitzat el tractament multidisciplinari. Aquesta actuació té diverses conseqüències: disminueix considerablement les taxes d'abandonament del programa terapèutic domiciliari, redueix la dependència del sistema sanitari i, per tant, les indesitjables llistes d'espera i, al mateix temps, incrementa substancialment la percepció de suport per part del pacient.

**Carme Campoy**

Fisioterapeuta i coordinadora de la UHE en FM i SFC de l'Hospital Santa Maria de Lleida



Les pautes d'ergonomia ensenyen a evitar les sobrecàrregues i els dolors musculars

## Lugar de la terapia en el tratamiento de la fibromialgia

Desde que comencé como terapeuta ocupacional en la Unidad de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica me pregunté qué podía aportar desde mi ámbito para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La fibromialgia es una patología frecuente en nuestra sociedad que afecta, fundamentalmente, a mujeres de mediana edad, con una situación laboral activa y familiares a su cargo. La capacidad física y psíquica de

estas personas disminuye de manera importante y conlleva una limitación en su vida diaria a la hora de realizar tanto actividades domésticas como de trabajo (cuidar de terceras personas, mantener una vida social, etc.). Supone un cambio al que hay que adaptarse progresivamente y modificar ciertos aspectos para conseguir cumplir con las tareas del día a día.

El tratamiento multidisciplinar que se lleva a cabo en la unidad preten-

de abarcar el ámbito físico, psíquico, emocional y social de nuestros pacientes. Es importante que tomen conciencia de su situación, que la conozcan y que sepan que hay aspectos de sus vidas que tendrán que cambiar para conseguir mejorar su situación actual.

En la primera parte del tratamiento de terapia ocupacional, nos centramos en enseñar pautas de ergonomía para evitar las sobrecargas y dolores musculares, fundamentalmente en los puntos gatillo, a la hora de realizar las actividades diarias. Disminuir el gasto energético y facilitar el desempeño de dichas actividades implica en ocasiones el empleo de ciertas adaptaciones o productos de apoyo que los pacientes han de conocer. Todo esto se ha de complementar con una rutina horaria, que implica un período de descanso individual para cada paciente tras uno de actividad, y una distribución de las tareas domésticas. No se trata de hacerlo todo en un día, sino de reparirlo a lo largo de la semana.

La disminución en la capacidad de

El tractament multidisciplinari és un entrenament

És vital establir un programa terapèutic i treballar per l'adhesió

La capacitat física i psíquica de estas personas disminuye de manera importante

atención y concentración, así como la pérdida de memoria a corto plazo, son síntomas muy frecuentes. Las capaci-

dades cognitivas se han de trabajar. Nuestra mente es como un músculo que, si no se ejercita, se atrofia.

Realizamos talleres prácticos de memoria en los que trabajamos diferentes componentes cognitivos, en grupo e individualmente, y la utilización de reglas mnemotécnicas y otros métodos que ayudan a potenciar estas capacidades.

Por último, es importante inculcar la práctica de actividad física, leve o moderada, especialmente el ejercicio aeróbico de tres a cuatro veces por semana que mejora las capacidades físicas y psíquicas.

El objetivo de este tratamiento es facilitar a los pacientes una serie de pautas que les ayuden en el desempeño de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

**Laura Ortega**

Terapeuta ocupacional de la UHE en FM y SFC del Hospital Santa Maria de Lleida

# Factors relacionats amb la qualitat de vida dels pacients intervinguts d'artroplàstia de genoll

L'artrosi és la forma més freqüent d'artritis en la població occidental. La principal articulació afectada és el genoll, que provoca símptomes invalidants en un 10% de les persones de més de 55 anys, una quarta part de les quals pateixen una discapacitat greu. L'artroplàstia de genoll o pròtesi total de genoll (PTG) és una de les tècniques quirúrgiques més habituals en les darreres dècades en els pacients amb artritis de genoll severa (figura 1).

La taxa d'artroplasties primàries de genoll a Catalunya, entre el 1999 i el 2004, va passar de 0,7 per cada 10.000 habitants, a 13,4. El motiu d'intervenció més freqüent va ser l'artrosi en el 94,6% dels casos. La reducció del dolor i la millora de la funció física i de la qualitat de vida són les principals expectatives després d'una artroplàstia total de genoll. La rehabilitació es veu implicada de forma pràcticament simultània a la substitució protètica. El tractament de rehabilitació ha de ser immediat, suficient i controlat per aconseguir el millor resultat possible per al pacient. El programa de rehabilitació postintervenció varia en funció dels hospitals, ja que no hi ha estudis aleatoritzats prospectius que determinin quin és el millor protocol.

Després de l'artroplàstia de genoll, s'utilitzen diverses escales o qüestionaris (genèrics i específics) que pretenen avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut per analitzar si s'han assolit els objectius de millora del dolor, de la funció i de la mobilitat, i la correcta alineació de l'extremitat. El WOMAC (Western Ontario McMaster Universities Index) és el qüestionari específic d'elecció per avaluar les artroplasties de genoll, segons Brazier.

Avalua símptomes rellevants en relació amb el dolor, la rigidesa i la dificultat funcional.

L'EQ-5D (EuroQol) es pot considerar útil com a qüestionari genèric en els procediments quirúrgics, sobretot per a avaluacions econòmiques, i té el gran avantatge que és un qüestionari breu. Consta d'una descripció del propi estat de salut (sistema descriptiu) definit per cinc dimensions (mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió), valoració del propi estat de salut (EVA de longitud estàndard de 20 cm), escala visual analògica i índex EQ-5D (tarifa dels estats de salut).

L'artroplàstia de genoll ha demostrat que és una intervenció que millora la qualitat de vida i la funcionalitat dels pacients en diversos estudis. Els factors utilitzats habitualment pels clínics en els seus estudis, que influenciaran en la qualitat de vida i la funcionalitat de l'artroplàstia de genoll, són edat, sexe, comorbiditat mèdica i musculoesquelètica preoperatòria (distància i ajuts per a la marxa), suports socials en la comunitat i la família, entorn (accés al domicili i dins del domicili) i expectatives del pacient envers el seu destí posterior a l'alta. Així, hi ha factors que depenen del pacient, del procés quirúrgic i de l'entorn sociofamiliar i sanitari.

Diversos estudis han vist la urgència de racionalitzar les necessitats de rehabilitació en el postoperatori d'una artroplàstia de genoll. Per això, cal identificar els diversos grups de risc on estaran enquadrats els pacients, atès que en el nostre sistema sanitari es tendeix a facilitar l'alta hospitalària pre-

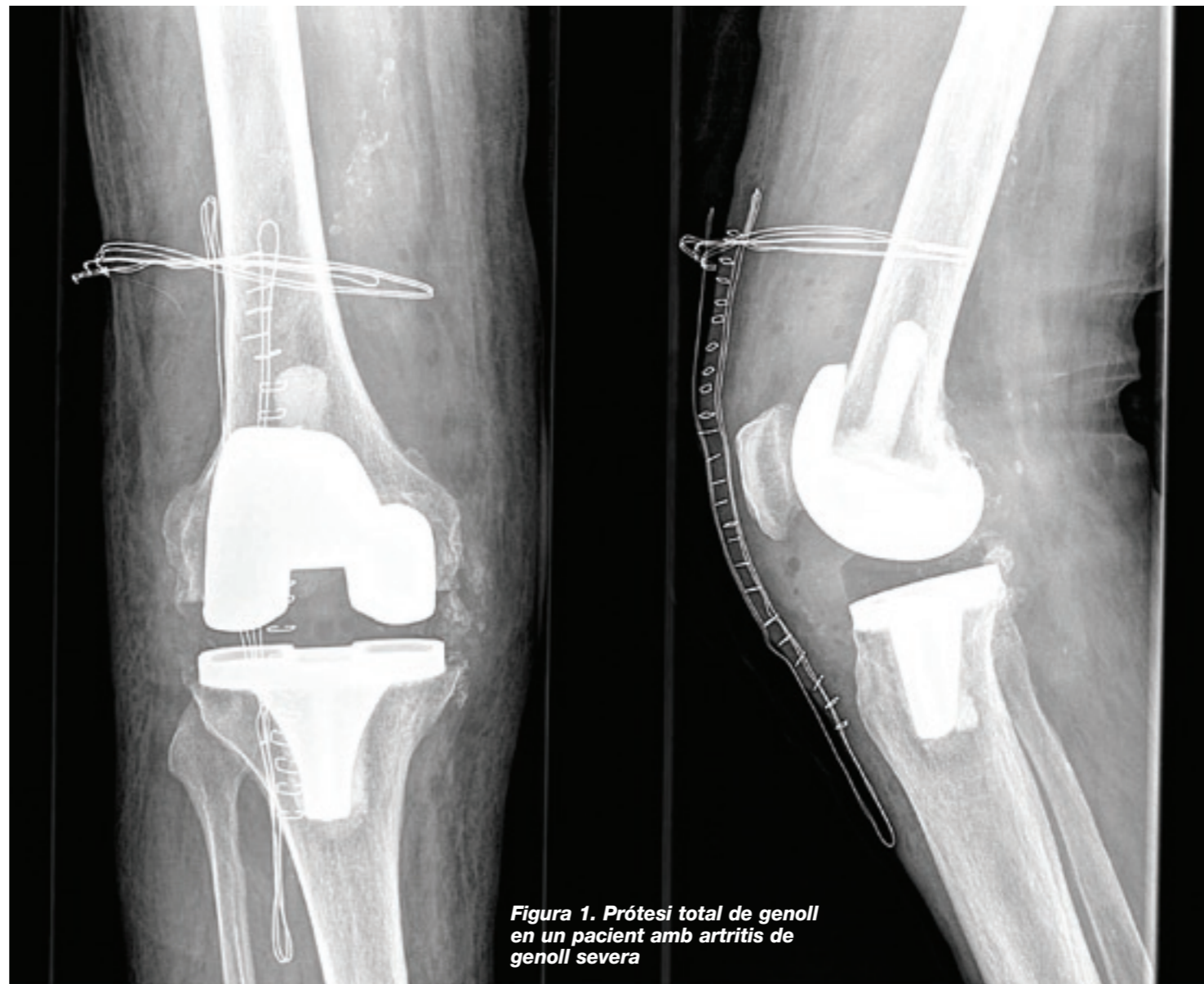


Figura 1. Pròtesi total de genoll en un pacient amb artritis de genoll severa

La rehabilitació ha de ser immediata, controlada i suficient per aconseguir el millor resultat

Hi ha factors que depenen del pacient, del procés quirúrgic i de l'entorn sociofamiliar i sanitari

L'artroplàstia millora la qualitat de vida i la funcionalitat dels pacients

ESCALA RAPT (adaptada)		
1. Edat	50-65	2
	66-75	1
	> 75 anys	0
2. Sexe	Home	2
	Dona	1
3. Quina distància pot caminar de mitjana?	400 metres o més	2
	200-400 metres	1
	No puc sortir de casa	0
4. Quina ajuda utilitza per caminar?	Cap	2
	Un bastó de puny	1
	Crosses/caminador	0
5. Necessita ajudes de l'assistència social (ajut a domicili, infermera de zona)?	No o 1 cop/setmana	1
	2 o més cop/setmana	0
6. Viurà amb algú que pugui tenir cura de vostè després de l'operació de genoll?	Sí	3
	No	0
Màxim de 12 punts (baix risc > 9; mitjà-alt risc ≤ 8)		

coç per escurçar l'estada a l'hospital. És important avaluar de forma objectiva, abans de la intervenció quirúrgica, les necessitats hospitalàries i ambulatories d'un pacient que serà sotmès a una artroplàstia electiva de genoll. L'escurçament de l'estada hospitalària, d'acord amb criteris clínics, no ha de fer oblidar l'objectiu dels especialistes que tracten aquests pacients: la millora del dolor, de la funcionalitat del pacient i de la seva qualitat de vida perdurant en el temps.

Tal com es veu en estudis previs, es fa necessari identificar el grup de pacients susceptibles en què caldrà intensificar o modificar el tractament de rehabilitació.

L'escala Risk Assessment and Prediction Tool (RAPT) identifica tres nivells de risc per determinar les necessitats de RHB hospitalària, més o menys extensa, i predir la possibilitat d'alta al domicili dels pacients postartroplàstia electiva de genoll o maluc. D'aquesta manera, es determinen tres nivells de risc:

Primer nivell o de baix risc (puntuació RAPT > 9): identifica els pacients que poden ser donats d'alta directament al seu domicili postartroplàstia de genoll o maluc.

Segon nivell o de mitjà risc (puntuació RAPT 6-9): identifica els pacients amb resultats incerts o dubtosos i possiblement modificables amb teràpia addicional durant la fase aguda.

Tercer nivell o d'alt risc (puntuació < 6): identifica els pacients que necessiten RHB hospitalària extensa abans de ser donats d'alta al domicili.

Es va realitzar un estudi de forma prospectiva, a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), per poder estratificar la nostra població i conèixer les seves necessitats de rehabilitació postartroplàstia de genoll i els factors implicats en la seva qualitat de vida. L'estudi va recollir dades de dues cohorts de pacients: en primer lloc, la cohort 1, l'any 2005, amb 49 pacients per fer l'adaptació transcultural de l'escala RAPT, i, en segon lloc, la Cohort 2, l'any 2006, amb 106 pacients per analitzar els factors relacionats amb la qualitat de vida i la funcionalitat.

Així, es va veure que la majoria d'ítems de l'escala no van suposar cap problema en el moment de fer la traducció i la retrotraducció. Els valors i les puntuacions de cada valor es van respectar de la versió original en els sis ítems. Només en dos ítems (preguntes 3 i 5, figura 2) va ser necessari fer una adaptació per fer-los més entenedors. La resta d'ítems de l'escala no va presentar cap dificultat en el moment de fer-ne l'adaptació cultural.

Amb l'escala RAPT adaptada al nostre àmbit, s'han pogut estratificar els pacients de la nostra població que seran sotmesos a una artroplàstia pri-

mària de genoll i, alhora, fer l'anàlisi dels factors relacionats amb la qualitat de vida i la funcionalitat tant abans com tres mesos després de l'artroplàstia primària de genoll. El perfil dels pacients sotmesos a una artroplàstia total primària de genoll era, en les dues cohorts, majoritàriament femení, d'una edat mitjana alta (72,7 anys), obesitat de classe I i cognitivament normals.

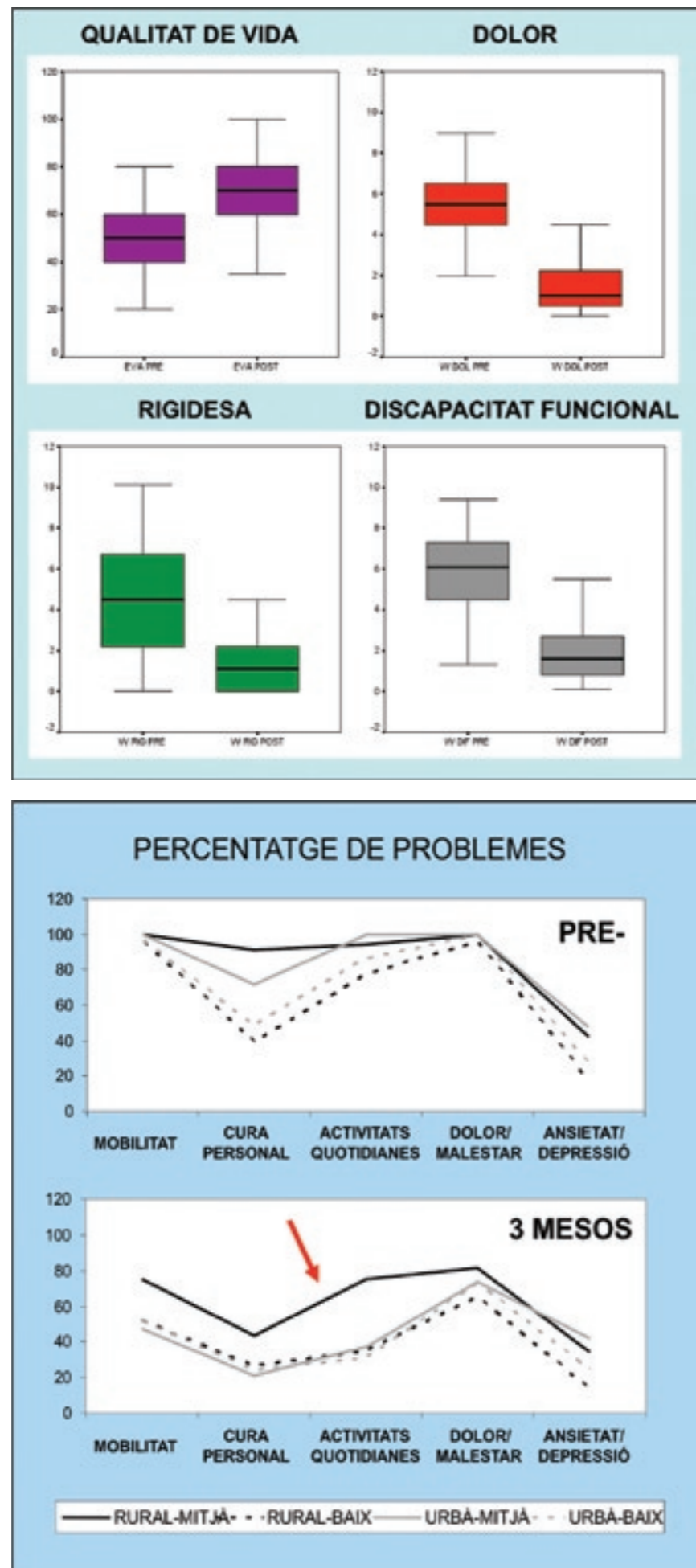
En la nostra població majoritàriament rural (52,8%), hi havia dos ítems (necessitat o no d'assistència social i existència o no d'una persona que en tingui cura) que tenien efecte sostre, ja que tots els pacients havien obtingut un punt en l'ítem de la necessitat o no d'assistència social i pràcticament tots havien obtingut tres punts en l'ítem de l'existència o no d'una persona que en tingui cura. Aquest fet va condicionar la distribució de pacients en els tres grups de risc RAPT i la presència d'un grup d'alt risc molt poc nombrós. La majoria dels pacients de les dues cohorts diuen que viuran amb algú que en podrà tenir cura en el moment de l'alta hospitalària i que no necessiten ajuts de l'assistència social.

L'escàs nombre de pacients en el grup d'alt risc es pot atribuir a les elevades puntuacions en els ítems 5 i 6 bàsicament per les diferències socioculturals entre la societat anglosaxona i la mediterrània. La gran majoria de pacients en la nostra societat no necessiten assistència social i tenen una persona que té cura d'ells, perquè és l'entorn familiar el que assumeix habitualment aquest paper, a diferència de la societat anglosaxona.

Atès que només hi havia quatre pacients (cohort 1) al grup RAPT d'alt risc i que es va confirmar en la cohort 2 la mateixa tendència, vam agrupar en aquest últim grup els pacients del grup RAPT d'alt i mitjà risc en un sol grup (RAPT mitjà-alt risc).

En els pacients de la cohort 1 ja es va observar una millora en la funcionalitat i la qualitat de vida als tres mesos postartroplàstia de genoll, avaluada amb els qüestionaris WOMAC i EQ-5D (EVA) (figura 3). Si s'analitzen els diversos ítems de l'escala RAPT en funció de si vivien en l'àmbit urbà o rural —amb la possibilitat de rebre l'atenció de l'HODO per part dels de l'àmbit urbà— i dels dos grups de risc RAPT definits prèviament (RAPT mitjà-alt risc i RAPT baix risc), quedaven establerts quatre grups de risc: grup rural RAPT baix risc (rural-baix), grup rural RAPT mitjà-alt risc (rural-mitjà), grup urbà RAPT baix risc (urbà-baix) i grup urbà RAPT mitjà-alt risc (urbà-mitjà).

Destaca el grup rural-mitjà, considerat com a grup especial, amb edat de mitjana alta (73,7 anys), més percentatge de dones (87,9%), el percentatge més baix de pròtesi prèvia (6,1%), estada llarga (10 dies) i el percentatge



FACTORS DE QUALITAT DE VIDA I FUNCIONALITAT	
POSITIUS	NEGATIUS
DOMICILI URBÀ	> 75 ANYS
MILLOR QUALITAT PRÈVIA	DONA
PRÒTESI PRÈVIA CONTRALATERAL	REINGRÉS

més alt de complicacions quirúrgiques i reingressos (21,2% ambdós). Aquest grup especial és el que té pitjor qualitat de vida prèvia.

Tenint en compte els quatre grups de risc en l'anàlisi de la qualitat de vida i la funcionalitat amb l'EQ-5D, s'ha d'esmentar que observant la figura 4 tots els grups milloraven, però el grup que seguia presentant pitjors valors era el grup especial als tres mesos postartroplàstia. S'observa en les tres dimensions i amb el WOMAC que tots els pacients milloren, tot i que en la capacitat funcional s'observa que els pacients del grup especial són els que tenen una funcionalitat prèvia pitjor i els que menys milloren després de l'artroplàstia de genoll.

Per evidenciar com a factor de risc d'una pitjor qualitat de vida el fet de pertànyer al grup especial (rural-mitjà), vam fer un estudi basat en la regressió logística (univariant i multivariant). Consideràvem com a pacients amb una pobra qualitat de vida aquells que no superaven un valor d'EVA PRE de 50 punts —valor que coincideix amb la mitjana de la sèrie— i també aquells que no ho feien per un valor d'EVA POST de 70 punts (mitjana). Pertànyer al grup especial (rural-mitjà) era un factor de risc independent i multiplicava el risc de tenir una EVA PRE menor de 50 en gairebé deu vegades. Pertànyer al grup especial (rural-mitjà) era un factor de risc independent i multiplicava el risc de tenir una EVA POST menor de 70 en més de tres vegades.

En l'estudi dels factors relacionats amb la qualitat de vida i la funcionalitat després de l'artroplàstia de genoll, s'observa i es poden predir les següents variables en l'anàlisi multivariant (figura 5):

Els factors que condicionen la qualitat de vida i la funcionalitat són els que depenen del pacient (sexe, edat i portador d'artroplàstia de genoll prèvia), de l'entorn sociofamiliar (àmbit rural o urbà on viuen) i sanitari (facilitat d'accés a l'artroplàstia de genoll). Així, podem dir que els pacients de sexe femení, majors de 75 anys, que viuen en l'àmbit rural i sense artroplàstia

La majoria de pacients no necessiten ajuts de l'assistència social  
Tots els pacients milloren en qualitat de vida i funcionalitat tres mesos després de l'artroplàstia  
Pertànyer al grup especial és un factor de risc independent

prèvia de genoll tenen els factors que condicionen la seva pitjor qualitat de vida i funcionalitat. Cal estar atents a les necessitats sanitàries d'aquests pacients, perquè des de l'Atenció Primària de l'àrea rural se'ls faciliti l'accés primerenc a l'atenció especialitzada. D'aquesta manera, la indicació de l'artroplàstia de genoll es farà quan el pacient encara tingui una qualitat de vida acceptable.

Alhora, conèixer el grup especial des del punt de vista de la rehabilitació ens serveix per poder destinar el tractament de rehabilitació més intensiu a aquests pacients després de l'artroplàstia de genoll.

**Conclusions**

La nostra població viu majoritàriament en l'àmbit rural com a fet característic. Tots els pacients milloren en qualitat de vida i funcionalitat tres mesos després de l'artroplàstia de genoll. L'escala RAPT validada en català i castellà és útil per classificar la nostra població en dos grups de risc (baix i mitjà-alt risc). La combinació de l'escala RAPT i l'àmbit on viuen (rural o urbà) ens estratifica quatre grups de

risc de pacients amb característiques prèvies i evolutives diferents. El grup especial, que es defineix com el grup RAPT mitjà-alt risc i d'àmbit rural, té una qualitat de vida prèvia pitjor i també tres mesos després de l'artroplàstia. Pertànyer al grup especial multiplica el risc de tenir una pitjor qualitat de vida prèvia i tres mesos després de la intervenció.

**Dra. Gemma Ariza Carrió**  
**Dra. Mariona Badia Castelló**  
**Dr. José Juan Fernández Martínez**  
**Dr. Javier Trujillano Cabello**  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

**BIBLIOGRAFIA**

Allepuz A, Espallargues M, Salvador X. Registre d'artroplasties de Catalunya. Resultats de l'anàlisi del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària (CMBDAH). 2006. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Informatiu AATRM, 38:6 - 8. Disponible, en data març 06 a: <http://www.aatrm.net/pdf/but38ca.pdf>.

Ariza G. Rehabilitació en l'artroplàstia de genoll. Utilitat escala RAPT. Tesi doctoral. 2009. Universitat de Lleida. Facultat de Medicina. Departament de cirurgia. Lleida.

Brander V, Stulberg SD. Rehabilitation after hip and knee joint replacement. An experience- and evidence-based approach to care. 2006. Am J Phys Med Rehabil; 85 (11 Suppl) S 98 - 118.

Forrest G, Fuchs M, Gutierrez A, Girardy J. Factors affecting length of stay and the need for rehabilitation after hip and knee arthroplasty. 1998. J Arthroplasty; 13(2): 186 - 190.

Navarro MJ, Peiró S, Tréner C, Ruiz L, Pérez A, Guerola N. Factores asociados al resultado funcional y a la calidad de vida en la rehabilitación tras una artroplastia de rodilla. 2000. Med Clin (Barc); 114 (7): 250 - 254.

Oldmeadow LB, McBurney H, Robertson VJ. Predicting risk of extended inpatient rehabilitation after hip or knee arthroplasty. 2003. J Arthroplasty; 18 (6): 775 - 779.

Pagés E, Iborra J, Rodríguez S, Jou N, Cuxart A. Prótesis total de rodilla. Estudio de los factores determinantes del alta hospitalaria en rehabilitación. 2002. Rehabilitación (Madr); 36 (4): 202 - 207.

Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of health care. 2001. Ann Rheum Dis; 60: 91 - 97.

Quintana JM, Escobar A, Arostegui I, Bilbao A, Azkarate J, Goenaga JI, Arenaza JC. Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement. 2006. Arch Intern Med; 23; 166 (2): 220 - 226.

Ross EM. Effectiveness and practice variation of rehabilitation after joint replacement. 2003. Curr Opin Rheumatol; 15 (2): 160 - 162.



Els centres de salut es van preparar per a les pitjors previsions

## La grip A, visió des de la Medicina Intensiva

La pandèmia de la grip A(H1N1), des de l'aparició dels primers casos, va provocar que els hospitals i els serveis d'Urgències i de Medicina Intensiva es preparassin per a les pitjors previsions. Les notícies dels casos de fora d'Europa no eren gaire encoratjadores, la pandèmia era imminent i els casos de gravetat i mortalitat continuaven augmentant.

Un cop acabada la pandèmia i haver-la viscut des de dins, podem comentar l'experiència de la Unitat de Cures Intensives (UCI) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), atès que no difereix gaire de la de la resta d'hospitals.

Es van complir les expectatives. A partir de l'estiu, l'HUAV rebia una allau de persones amb criteris de sospita de grip A, totes amb màscares i amb un cert sentiment d'incertesa sobre les diferents informacions rebudes des dels mitjans de comunicació. A l'hospital es posaven en marxa una sèrie de protocols per fer front a la pandèmia, tant a Urgències com per valorar els ingressos, la gravetat i la necessitat d'ingrés a l'UCI.

Dels casos confirmats, i en el període d'un mes (durant el novembre), es van produir els set únics casos que van requerir ingrés a l'UCI.

Cal esmentar que tots els casos de nens afectats per la grip A que eren

Vam veure que els factors de risc habituals no es complien

Ni l'HUAV ni l'UCI van diferir gaire d'altres hospitals pel que fa a l'afectació soferta

suggestius de gravetat van ser traslladats immediatament al nostre hospital de referència a Barcelona, motiu pel qual no coneixem quants van requerir l'ingrés a l'UCI pediàtrica.

D'altra banda, tampoc vam tenir una pandèmia reconeguda en gestants, ja que a Intensius no hi va haver cap cas d'ingrés.

Entre els casos de grip A, vam veure que els factors de risc habituals no es complien i que el virus afectava nens, joves, persones amb sobrepès i embarassades de més de vint setmanes de gestació sense comorbilitats associades.

El quadre s'iniciava de forma aguda,

amb febre molt alta (superior als 39 graus) que no cedia amb antitèrmics, tos irritativa, dispnea, diarrea (sobretot en els nens), malestar general, nàusees, vòmits, taquipnea > 35 i simptomatologia diversa de síndrome gripal.

Molts dels malalts que necessitaven ingrés a l'UCI presentaven radiografia de tòrax amb infiltrats alveolars, molts cops bilaterals, així com leucopènia i hipoxèmia (refractària a l'oxigen) amb PaO<sub>2</sub> < 50.

La progressió de la hipoxèmia era molt ràpida, atès que en 72 hores el quadre d'insuficiència respiratòria es convertia en severa amb necessitat d'altres concentracions d'oxigen i VMI. Un cop ventilat, calia una FIO<sub>2</sub> del 100% i la utilització d'una PEEP elevada > 20.

Per al diagnòstic, l'HUAV comptava amb la possibilitat d'enviar les mostres obtingudes (tant frotis nasofaríngic com broncoaspirat alveolar) a dos laboratoris, el del mateix Arnau i el de l'hospital de referència a Barcelona, perquè no es coneixia la sensibilitat ni especificitat de la prova (PCR). Finalment, però, les discrepàncies entre ambdós laboratoris van ser mínimes.

Dels casos registrats a la nostra UCI, només un tenia antecedents de patologia respiratòria prèvia (asma) i en dos més es va detectar el virus de la grip A després que els pacients ingressessin per altres motius. L'estada mitjana dels casos al Servei de Medicina Intensiva va ser de dotze dies, amb una mitjana de set dies d'aïllament, tret d'un cas d'aïllament de deu dies per una primera PCR de seguiment, al cap d'una setmana encara positiva.

Dels set casos que van ingressar a l'UCI de l'HUAV, cinc van necessitar VMI i van ser a l'hospital una mitjana de deu dies. Pel que fa a l'evolució, en sis dels casos va ser favorable i en el darrer va ser un èxitus, atesa l'evolució tòrpida i la disfunció multiorgànica que el van conduir a la mort.

Amb una sèrie de casos poc abundants i una reflexió de la pandèmia ja passada, ni l'HUAV ni l'UCI van diferir gaire d'altres hospitals pel que fa a l'afectació soferta, tal volta vam ser diferents en la manera de fer front a la pandèmia.

Ens vam trobar enmig d'un caos de protocols canviants de forma contínua, una invasió de màscares, vacunes i oseltamivir, missatges continus i confrontats dels mitjans de comunicació i, malgrat tot, vam aconseguir sobreviure al que es preveia com un desastre imminent. Si això es va fer de forma correcta o si s'hauria d'haver actuat d'una altra manera, ho deixarem a criteri de cadascú.

**Dra. Joana Domingo**  
Membre de la Secció de Medicina Intensiva de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

## Aspectes ètics de la història clínica informatitzada

El canvi és l'única constant que podem trobar en la societat en què vivim. El món sanitari no n'és pas una excepció, sinó que, a més, és un dels llocs on es poden observar més canvis.

Fem un joc mental: imaginem que som al segle XXII o XXIII. Ens podem preguntar què diran els llibres d'història de la medicina sobre la medicina de principis del segle XXI. Jo m'atreveria a dir que destacaran, sobretot, dos aspectes.

En primer lloc, el canvi progressiu, ja iniciat la segona part del segle XX, des d'un model paternalista de relació metge-pacient a un altre de més autònom, en el qual el mateix malalt pren part activa en les decisions sanitàries. El pacient deixa de ser subjecte pacient i esdevé agent actiu dins el procés de decisió. Això implica un canvi global en la relació metge-malalt, en la qual s'ha de donar molta més informació i prendre decisions compartides, entre d'altres accions.

El segon aspecte que destacaran serà l'ús de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) de manera generalitzada en l'àmbit de la salut. Això implica l'ús d'Internet, la telefonia mòbil i la història clínica compartida, entre d'altres. Si algú no informa de la seva pressió arterial, un missatge de mòbil li recordarà que se l'ha de prendre. Si algú va a visitar-se a un altre centre, allí podran accedir a tot el seu historial, ja que serà a la xarxa. El mateix pacient podrà accedir a la seva història en qualsevol moment i des de qualsevol lloc: màxima accessibilitat a la informació, d'una banda, encara que, de l'altra, una certa pèrdua de la privacitat, precisament a causa d'aquesta gran accessibilitat.

Continuem al segle XXIII. Els llibres, o el que hi hagi en aquell moment, destacaran probablement el gran canvi conceptual que això va suposar i dividiran la medicina en dos períodes a partir d'aquest canvi.

Viure en un canvi d'època és força complicat, i més si el canvi es dona en menys d'una generació de professionals. Tanmateix, també és fascinant, ja que implica no donar cap màxima per absoluta i acceptar que les coses es poden fer i concebre de maneres diferents.

Quins canvis ens provoca la història



El pacient deixa de ser subjecte pacient i esdevé agent actiu en la decisió

clínica compartida dins el saber fer del metge en el tema que ens ocupa? Jo destacaria els següents:

Gran facilitat d'accés a la xarxa. Això implica dos aspectes:

La possibilitat d'accés real a la història per a qualsevol professional sanitari o pel pacient mateix. Aquesta visibilitat de la història fa que perdi els aspectes més literaris i subjectius per esdevenir un document més estandarditzat. I potser també escriurem menys. Com diu el nostre Codi Deontològic en l'article 40, arran de la història informatitzada: "El metge ha de conèixer i controlar les dades introduïdes a l'ordinador, que han de ser solament les pertinents, necessàries i verificables, i ha de modificar i eliminar les inexactes, no demostrables o superflues."

La possibilitat de fer-ne un mal ús, especialment pel fet de poder accedir a dades protegides de tercers, fins i tot de persones que no són els nostres pacients. Podem mirar la història del

nostre veí només fent un clic, on potser trobarem aspectes íntims com consum de substàncies, malalties de transmissió sexual, problemes familiars, etc. Fets com aquest no són només contraris a l'ètica professional, sinó que també poden ser sancionats per les lleis a l'ús i, fins i tot, penalment. Val a dir que el metge no només ha de vetllar per la seva actuació, sinó també per l'actuació de la resta de professionals sanitaris. Com diu l'article 36 del nostre Codi Deontològic, "el metge té el deure d'exigir la més absoluta discreció als seus col·laboradors, sanitaris i no sanitaris".

Gran control sobre la xarxa. Tot queda registrat: qui ha entrat, a quina hora, des d'on. Els mateixos malalts poden demanar qui ha tingut accés a la seva història en qualsevol moment i fer les demandes pertinents, si consideren que alguna persona no autoritzada l'ha visualitzat.

Fixem-nos com, més que mai, es fa palesa la necessitat de mantenir la prudència, la confidencialitat i el secret professional en el nou paradigma basat en l'autonomia de les tecnologies de la informació. Tornem al debat dels grans filòsofs: tot canvia, però, en el fons, tot és constant, com va dir Heràclit. I tornem al jurament hipocràtic: "Guardaré reserva sobre el que escolti o vegi en la societat i no caldrà que es divulgui, sigui o no del domini de la meua professió, considerant el fet de ser discret un deure en casos semblants."

Sembla que el nou panorama de gestió de la informació ha canviat aquest deure pràcticament sagrat de confidencialitat atès el fàcil accés a les dades, la possibilitat de consultar qualsevol història des de gairebé qualsevol lloc o la lleugeresa amb què es pot accedir a la història clínica de pacients o no pacients. Tot això fa la sensació d'impunitat i pot banalitzar un dels punts de la nostra professió: la confidencialitat.

Per tot això, hem de tenir molt present que les dades que manegem els professionals sanitaris són dades altament personals i privades. Els metges tenim entrada al món més íntim de la persona i el pacient diposita en nosaltres la confiança que el que explica restarà allí. El canvi d'accés a la informació no hauria de representar un entrebanc si els professionals sabem mantenir el secret professional i la prudència.

Només si actuem seguint aquests principis aconseguirem que els malalts continuïn dipositant en nosaltres les seves febleses i angoixes, preocupacions i malestars, perquè nosaltres puguem acompanyar-los en el seu procés de patiment i malaltia. Curar alguna vegada, alleugerir sovint i consolar, confortar i acompanyar, sempre.

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

# El espectro impulsivo y el tabaquismo



El tabaquismo es un grave problema de salud que representa el factor de riesgo evitable más elevado de muerte prematura en los países desarrollados. Es causa importante de patología cardíaca, vascular, pulmonar y de gran variedad de cánceres. Se estima que cerca de ocho millones de personas morirán por enfermedades relacionadas con el tabaco en 2020, en comparación con los tres millones de muertes que se produjeron en 1996.

En vista de las transformaciones demográficas y epidemiológicas y las tendencias actuales en los países en desarrollo, la pérdida de salud debida al consumo de tabaco crecerá aún más, a menos que las intervenciones eficaces y políticas consigan reducir el tabaquismo entre los hombres y evitar el aumento entre las mujeres y en los países en desarrollo. Por consiguiente, es evidente que el tabaquismo está provocando un aumento de los costes humanos y económicos, y que es uno

de los problemas más importantes de salud pública que tendremos que abordar en los próximos años.

Las últimas revisiones de la literatura científica ponen en evidencia una base conceptual para creer que una intervención neuropsicológica del tratamiento del tabaquismo puede generar un avance crucial en el tratamiento del abandono del hábito de fumar. Generalmente, una intervención sobre las funciones ejecutivas y, específicamente, sobre la impulsividad puede provocar mejores resultados terapéuticos.

Es decir, si somos capaces de seleccionar, mediante una evaluación psicométrica, los instrumentos y las mejores pruebas neurocognitivas para detectar la impulsividad de nuestros pacientes, podremos actuar posteriormente diseñando un modelo de intervención sobre los rasgos diferenciales asociados a resultados negativos. La intervención irá asociada a un control de los aspectos biológicos (polimorfismos

genéticos asociados) y sociales, así como a la aplicación del tratamiento farmacológico estándar en una unidad de tabaquismo.

Una revisión de la literatura sobre la dependencia al tabaco definida como un prototipo de trastorno adictivo que manifiesta características como la tolerancia, la retirada y el uso a pesar de los altos costes personales (Baker et al., 2004), muestra que la impulsividad que se manifiesta en la búsqueda de sensaciones, bajo control comportamental y trastornos de control impulsivo, ha sido tradicionalmente un concepto etiológico central en muchos modelos teóricos de uso de sustancias y, más específicamente, de consumo de cigarrillos.

Además, varios estudios demuestran que los síntomas de Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), que se han asociado con un aumento de la impulsividad, están relacionados con el consumo de tabaco en adoles-

centes y adultos jóvenes.

En resumen, existe una clara evidencia de que los fumadores tienen más dificultades para controlar los impulsos que los no fumadores.

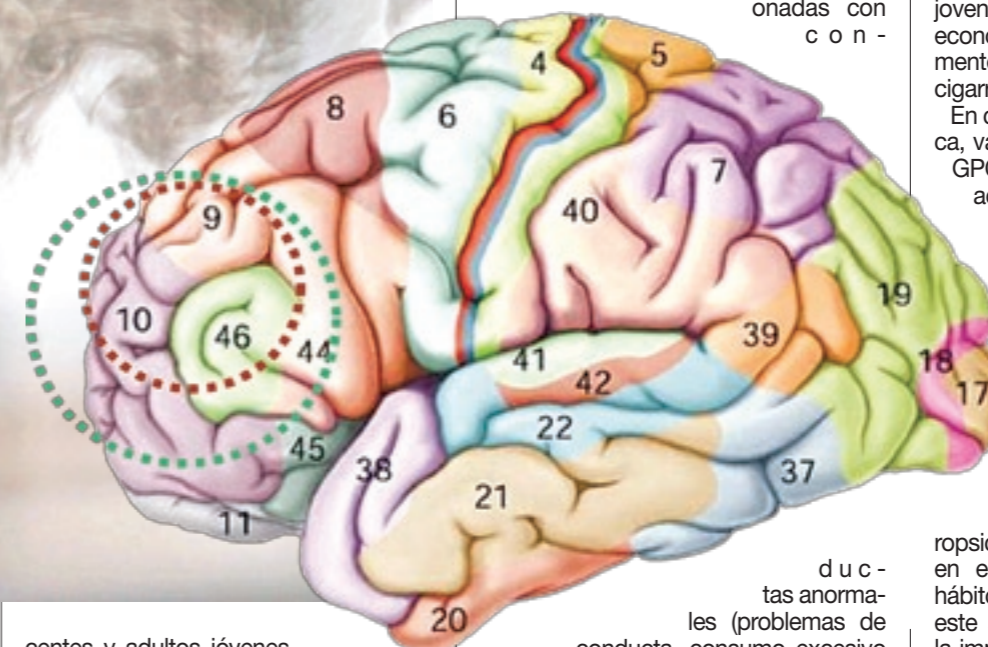
Sin embargo, debe distinguirse un conjunto heterogéneo de componentes de orden inferior comprendidos en el concepto de impulsividad. Tal propuesta se concretó posteriormente considerando la impulsividad como un concepto multifacético e identificando cuatro componentes independientes asociados a los comportamientos impulsivos, los cuales sirvieron de base para la creación de una escala llamada Escala UPPS de Conducta Impulsiva (UPPS), traducida y validada al castellano.

Las cuatro facetas de la impulsividad medidas por el UPPS son: (a) la urgencia, que se define como la tendencia a experimentar fuertes impulsos, con frecuencia en condiciones de efecto negativo; (b) premeditación, definida como la tendencia a pensar y reflexionar sobre

las consecuencias de un acto antes de participar en el acto; (c) la perseverancia, que se define como la capacidad de mantener centrada la atención en una tarea que puede ser aburrida o difícil y (d) la búsqueda de sensaciones, que se define como una tendencia a disfrutar y llevar a cabo actividades que son emocionantes, así como la apertura de nuevas experiencias.

Varios estudios basados en este trabajo de Whiteside y Lynam sobre impulsividad han establecido una relación entre ciertos aspectos de la impulsividad y algunos estados psicopatológicos. Un estudio ha revelado que los síntomas bulímicos (por ejemplo, los comportamientos purgativos como el vómito) están más positivamente relacionados con la urgencia y menos con la premeditación y la perseverancia. Otro estudio ha demostrado que la falta de premeditación y la búsqueda de sensaciones están relacionadas con

con-



duc-  
tas anor-  
males (problemas de

conducta, consumo excesivo de alcohol, consumo de marihuana y otros tóxicos) en una muestra de estudiantes de pregrado.

Otro estudio sugiere que la urgencia y la búsqueda de sensaciones son los rasgos de comportamientos impulsivos relacionados más fuertemente con el abuso del alcohol. Otro ejemplo es un estudio que demuestra que la falta de premeditación es la dimensión más consistente de la impulsividad asociada a comportamientos de externalización (trastorno antisocial de la personalidad, psicopatía y una variedad de actos delictivos) y que la búsqueda de sensaciones es un predictor significativo de la participación en actos delictivos, el consumo de drogas y alcohol y el comportamiento sexual de riesgo.

## Control de las dimensiones biológica, social y farmacológica

En cuanto a la dimensión biológica,

tal como se pone de manifiesto en la revisión de Verdejo-García, existen polimorfismos asociados a la impulsividad: DRD2 (Taq1), DRD3 (Ser9Gly), DRD4, 5-HTTLPR y MAO-A 5-HT2A. No obstante, estas asociaciones no están claras con el tabaco, por lo que estudiaremos las posibles relaciones del polimorfismo A1 del gen DRD2, que produce una menor actividad de la dopamina porque reduce la eficacia en su unión al receptor y que se asocia a la dependencia a sustancias como el alcohol y la cocaína, así como del polimorfismo 5-HTTLPR en la región promotora del transportador de la serotonina, que se ha asociado con la ansiedad y los trastornos del comportamiento.

En cuanto a los aspectos sociales, se controlarán los factores demográficos que han demostrado el efecto sobre el consumo de tabaco, principalmente sexo, edad, situación socioeconómica y nivel educativo, ya que ser hombre, joven, con niveles bajos a nivel socioeconómico y educativo está positivamente relacionado con el consumo de cigarrillos.

En cuanto a la dimensión farmacológica, vamos a seguir las directrices de la GPC de referencia, actualizadas de acuerdo con una revisión sistemática reciente sobre vareniclina, en la que se pone de manifiesto un aumento de la probabilidad de abandonar exitosamente el hábito de fumar a largo plazo entre dos y tres veces en comparación con los intentos de abandono sin ayuda farmacológica.

En definitiva, pues, existe una base teórica para postular que una intervención neuropsicológica puede generar un avance en el tratamiento del abandono del hábito de fumar. Además, dentro de este ámbito psicológico, el control de la impulsividad aparece como el hecho más relevante para provocar mejores resultados.

Si somos capaces de seleccionar, mediante una evaluación psicométrica, los instrumentos y las pruebas neurocognitivas mejores para detectar los pacientes que presentan impulsividad y en qué aspectos de ésta se diferencian, podremos después intervenirlos neuropsicológicamente para que abandonen la dependencia al tabaco. El programa de intervención se basará en diferentes enfoques y no está decidido definitivamente porque existen avances que prometen resultados en un futuro próximo en cuanto a neurorrehabilitación. Todo esto se realizará controlando los aspectos biológicos y sociales del problema y aplicando el tratamiento farmacológico estándar en la UT.

**Jaume L. Celma Merola**  
Psicòleg clínic (phesto)  
Hospital Santa Maria de Lleida



90 anys  
de compromís  
amb el metge

# Premis a la Recerca Mutual Mèdica

## Els metges també som joves

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

- Ajudes per a la teva formació,
- Assegurança gratuïta d'Assistència en viatge durant un any,
- Accés als Premis de Recerca.

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



**MutualMèdica**

De metge a metge