

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 99 · Març de 2013



**DECÀLEG DE BONES PRÀCTIQUES SOBRE LA
SALUT ALS MITJANS DE CÒMUNICACIÓ**

**Elaborat pel COMLL i
els periodistes de Lleida**

A Medicorasse tenim cura de la salut dels metges a través de les companyies més ben valorades pels mateixos professionals



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

A Medicorasse Corredoria d'Assegurances oferim les assegurances de salut que millor poden satisfer les seves necessitats.

- **Tarifes úniques** per a un ampli tram d'edat i **sense copagament**.
- Els quadres mèdics més complets.
- Els millors centres hospitalaris.

Posi's en contacte amb nosaltres i l'assessorarem sobre l'opció que més li convé

*Primes 2013 per assegurat, sense distinció de sexe (subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia):
 - Assegurats de 0 a 55 anys en el moment de contractació: 44 €/mes.
 - Assegurats de 56 a 64 anys en el moment de contractació: 47,50 €/mes.

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



Professionals al servei de professionals

BUTLLETÍ mèdic

Número 99, març del 2013
Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida
 Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
 Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41
 http://www.comll.es
 butlletimedic@comll.es
Consell de Redacció:
 Tomàs Alonso Sancho
 Mireia Armengol Gay
 Ferran Barbé Illa
 Ricard Batlle Solé
 Miquel Buti Solé
 Manel Camps Surroca
 Joan Carrera Guiu
 Joan Clotet Solsona
 Josep Corbella Duch
 Montse Esquerda Aresté
 Josep Maria Greoles Solé
 Maria Irigoyen Otiñano
 Xavier Matias-Guiu Guia
 Jordi Melé Olivé
 Mercè Pascual Queralt
 Àngel Pedra Camats
 Joan Prat Corominas
 Àngel Rodríguez Pozo
 Antonio Rodríguez Rosich
 Josep Maria Sagrera Mis
 Plácido Santafé Soler
 Jorge Soler González
 José Trujillano Cabello
 Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González
Edició a cura de: Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació: Disseny Kevin
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL

Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

Els fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 21% d'IVA

EDITORIAL

Entesa entre professionals de la Medicina i el Periodisme

Els col·lectius mèdics tenim la sensació que la base de moltes notícies periodístiques sobre sanitat són més sensacionalistes que reals. Els periodistes, per la seva banda, consideren que molta de la informació que reben dels col·lectius mèdics (metges, hospitals, col·legis oficials, etc.) és poc clara, poc actual i que, de vegades, pateix un cert corporativisme. En canvi, els estudis realitzats sobre notícies mèdiques publicades o difoses en mitjans de comunicació demostren que més del 90% són positives, mentre que la resta reflecteixen problemes, errors mèdics i incidències.

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) i la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes han consensuat un decàleg de bones pràctiques en aquest tema. El decàleg es basa en la necessitat de garantir una informació verídica sobre la salut. Per tant, els dos col·legis es pronuncien a favor de prioritzar la veracitat sobre la primícia contrastant prèviament les notícies abans de publicar-les, diferenciar clarament la informació de l'opinió, respectar la confidencialitat tant dels professionals com de la població i evitar fer judicis paral·lels abans que es pronunciï la justícia.

Es tracta de la primera iniciativa d'aquest tipus que posen en marxa les dues entitats professionals a Catalunya. En època de males notícies, aquesta és una excel·lent iniciativa promoguda per dos col·legis, cadascun dels quals compta amb el seu codi deontològic com a suport per mantenir una trajectòria professional digna. I promoure l'entesa mitjançant l'aplicació dels principis deontològics és una actitud molt rellevant sobretot en la situació actual.



SUMARI

XI Premi a la Solidaritat en l'àmbit de la Salut del COMLL

Atorgat en l'edició d'enguany ex aequo al Banc dels Aliments de Lleida i a SUMUM

07)))

Debat sobre la independència de la prescripció mèdica

Opinió de la Comissió de Deontologia, Clotet i Ciria, Domènech, Esteve, Santafé i Schonenberger

12)))



Fotografia portada: COMLL (JOSEP BARBERO)

DECÀLEG DE BONES PRÀCTIQUES SOBRE LA SALUT ALS MITJANS DE COMUNICACIÓ

Elaborat pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida i la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes

És la primera iniciativa d'aquest tipus materialitzada a Catalunya i a la resta de l'Estat

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) i la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes han elaborat i consensuat un decàleg de bones pràctiques sobre la salut als mitjans de comunicació. Es tracta de la primera iniciativa d'aquest tipus que han materialitzat les dues associacions professionals a Catalunya i a la resta de l'Estat.

El Rectorat de la Universitat de Lleida va acollir el 19 de febrer la presentació pública del decàleg a càrrec de la Dra. Rosa M. Pérez, presidenta del COMLL; Josep Lluís Cadena, president dels periodistes lleidatans; la Dra. Teresa Puig, membre de la Comissió d'Ètica del COMLL, i Yolanda Jiménez, membre de la Junta Directiva de la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes.

Els representants dels dos col·legis van assenyalar que el manual de bones pràctiques respon als principis continguts en els codis deontològics de metges i periodistes. La Dra. Pérez va destacar, a més, la importància d'haver trobat "un espai de diàleg i de consens en uns moments d'enrocament social".

La Dra. Puig va afirmar que "l'obligada rapidesa en la publicació de les informacions per part dels mitjans no pot deixar de banda la veracitat de les notícies sanitàries". En aquest sentit, Cadena va demanar que el Col·legi de Metges posi a l'abast dels periodistes vies àgils per contrastar aquestes informacions.

La presidenta del COMLL va parlar sobre el necessari equilibri entre el dret a la informació i la llibertat d'expressió i els drets a la intimitat, a la pròpia imatge i a l'honor. La Dra. Pérez va explicar com la vulnerabilitat dels metges, quan es troben immersos en un procés judicial i mediàtic, afecta també els seus pacients. "Només se salva aquesta vulnerabilitat amb confiança", va afegir.

Josep Lluís Cadena i la Dra. Rosa M. Pérez van fer un èmfasi especial sobre el "segell lleidatà" de la iniciativa, tot informant que intentaràn exportar-lo a companys de la resta de Catalunya i de l'Estat. Cadena va finalitzar la presentació amb l'afirmació següent: "Sense periodisme no hi ha democràcia i sense salut no hi ha vida."

El COMLL i la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes van tirar endavant aquesta iniciativa després d'una taula rodona a la seu col·legial dels metges amb participació de representants de les dues entitats. El Dr. Ramon Mur i la Dra. Teresa Puig van participar en el debat previ a la redacció del decàleg en representació del COMLL. Posteriorment, el van analitzar les comissions deontològiques dels dos col·legis.



Presentació pública del decàleg de bones pràctiques a l'edifici del Rectorat de la Universitat de Lleida

LA SALUT ALS MITJANS DE COMUNICACIÓ

Manual de bones pràctiques

1. Promoure el treball conjunt dels dos col·lectius per difondre les notícies sobre temes relacionats amb la salut.

La gran quantitat d'informació sobre temes de salut fa necessària aquesta col·laboració per a la difusió dels avenços científics i progressos en activitats preventives i de promoció de la salut, així com en l'actualització de les prestacions dels serveis sanitaris. Tot això amb l'objectiu final de facilitar la tasca informativa i millorar el rigor de les notícies.

2. Impulsar activitats destinades al col·

lectiu periodístic i també a la població general per fomentar aspectes de cultura mèdica i d'educació sanitària.

Fer extensius els programes o activitats formatives del Col·legi de Metges al de Periodistes, quan siguin d'interès per a la seva ampliació de coneixements. Així mateix, els dos col·legis podran proposar la realització de sessions formatives conjuntes quan es consideri adient.

3. Garantir que les informacions sobre la salut arribin de manera concisa i intel·ligible als mitjans de comunicació.

En el marc del Codi de Deontologia professional dels dos col·legis, es facilitarà la implicació i sensibilització de les institucions sanitàries pel que fa al dret a la informació en matèria de salut de la ciutadania.

4. Prioritzar la veracitat i el rigor davant la primícia de l'actualitat informativa.

Difondre únicament informacions sanità-

ries fonamentades i demorar prudentment la publicació de notícies si existissin dubtes sobre el seu contingut.

5. Contrastar els articles d'actualitat mèdica abans de la seva publicació i/o emissió.

Davant la gran quantitat d'informacions en l'àmbit de la salut, els professionals dels mitjans de comunicació observaran, en el marc del seu Codi Deontològic, la necessitat de contrastar prèviament els articles d'actualitat mèdica i valorar la seva aplicabilitat real, amb l'objectiu de transmetre un missatge clar i no donar peu a crear expectatives inapropiades entre la població.

6. Donar resposta a les demandes dels mitjans de comunicació en les situacions referides en el punt anterior.

El Col·legi de Metges es compromet a facilitar als mitjans una valoració de les

informacions, remetent-les quan s'escaigui a metges de referència per tal d'obtenir coneixements adients amb diligència. En determinats casos, en especial quan la repercussió social de determinades notícies ho requereixi, el Col·legi de Metges considerarà la importància que té la immediatesa per als mitjans informatius.

7. Diferenciar clarament els articles d'informació dels d'opinió.

Les informacions sobre temes de salut han de respondre a criteris d'objectivitat i no han d'incloure valoracions personals; a diferència dels articles d'opinió, la responsabilitat dels quals n'és del propi autor, encara que sempre s'han de sotmetre a les normes dels preceptius Còdis de Deontologia.

8. Evitar publicar continguts difamatoris o vexatoris.

Prescindir de fer afirmacions o de donar

dades imprecises i sense base suficient que puguin provocar dany o descrèdit injustificat a persones o institucions, així com la utilització d'expressions o qualificatius injuriosos.

9. Respectar la confidencialitat i la presumpció d'innocència dels metges.

En causes o procediments judicials en curs, evitar publicar dades identificatives (directes o indirectes) dels professionals implicats fins a l'existència de sentències fermes.

10. Protegir de forma estricta el dret a la confidencialitat de la població.

Qualsevol persona té el dret fonamental de preservar en secret la pròpia salut o les seves malalties, especialment en aquells casos amb agreujants de vulnerabilitat, com són els menors i les situacions de violència de gènere. Els dos col·legis es comprometen a defensar aquest dret.



Imágenes de los ponentes de dos de las mesas que se celebraron durante la jornada

Celebrada la I Jornada de Urgencias con 60 participantes

Unas 60 personas asistieron el pasado 6 de marzo a la I Jornada de Urgencias, que se celebró en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Lleida (COMLL) en colaboración con el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). La temática abordó la actualización de los cuatro grandes códigos: el código IAM, el código sepsis, el código politraumatizado y el código ictus. La jornada estaba destinada a todos los colegiados y fue especialmente representativa la presencia de residentes de diversas especialidades, médicos de Atención Primaria, profesionales del SEM y del Hospital de La Seu.

La inauguración fue a las 9.00 horas y contó con la presencia de la presidenta del COMLL, la Dra. Rosa M. Pérez, y con la Dra. Abadías, como coordinadora del Servicio de Urgencias del HUAV y vocal de la Junta de Gobierno del COMLL.

La primera mesa abordó el código del infarto agudo de miocardio. La Dra. Moreno, médico internista del Servicio de Urgencias del HUAV, moderó la ponencia. Como ponentes le acompañaron el Dr. Ichart, médico de Familia y adjunto de Urgencias del HUAV, y la Dra. Hernández, adjunta de Cardiología del HUAV. Entre los dos realizaron un repaso teórico de la detección precoz y del tratamiento inicial del infarto agudo de miocardio y destacaron que el tiempo es músculo y el músculo es vida. También informaron sobre los medios de los que dispone nuestro hospital de referencia en la actualidad y cuáles son las técnicas escogidas. Se realizó un breve taller en el que se expusieron distintos electro-

Fue organizada por la Sección de Médicos del COMLL y el Servicio de Urgencias del HUAV
Actualización de los cuatro grandes códigos IAM, sepsis, politraumatismos e ictus

cardiogramas para que los asistentes pusieran en práctica los conocimientos adquiridos y los pudieran describir.

Posteriormente, se celebró la mesa del código sepsis, que fue moderada por la Dra. Molina, adjunta del Servicio de Urgencias del HUAV, que realizó un repaso epidemiológico contextualizando la sepsis y aportando estadísticas al respecto. La Dra. Vallverdú, adjunta del Servicio de Cuidados Intensivos del HUAV, realizó una revisión del código sepsis y su manejo inicial en cuanto a estabilización hemodinámica, reposición de volúmenes y antibioterapia. El Dr. Montañés, adjunto del Servicio de Urgencias del HUAV, presentó un caso clínico y destacó la importancia de tratar a la vez que diagnosticar optimizando el tiempo para reducir la mortalidad por sepsis.

Las sesiones de la tarde se iniciaron a las 16.00 horas y retomaron la jornada con el código politraumatizado, que

fue moderado por el Dr. Valdrés, adjunto del Servicio de Urgencias del HUAV, que también habló sobre el manejo inicial del traumatismo craneoencefálico y subrayó la importancia de tratar la hipotensión y la hipoxia en el TCE. La Dra. Ojanguren, nueva cirujana torácica del HUAV, realizó un repaso teórico acompañado de varios casos clínicos y destacó las características particulares del politraumatismo en la provincia de Lleida, así como las indicaciones de toracotomía. El Dr. Lacasta, adjunto del Servicio de Urgencias del HUAV, describió el manejo integral y remarcó la importancia de conocer la secuencia rápida para la intubación. En la constitución de esta mesa también colaboró el Dr. Melé, adjunto de Medicina de Familia y de Cirugía General.

La última mesa abordó el código ictus y fue la Dra. Llobet, médico internista del Servicio de Urgencias del HUAV, la encargada de moderarlo. El Dr. Purroy, neurólogo del HUAV con extensa experiencia en la temática, refirió que los criterios del código ictus habían variado desde el 2006. El Dr. Mauri expuso casos clínicos y explicó la contraindicación relativa durante el embarazo de la fibrinólisis y el papel clave de la neuroimagen en el ictus del despertar. La Dra. Pardina, radióloga del HUAV, describió las pruebas complementarias de imagen, los criterios ASPECT y los signos precoces de infarto.

Finalmente, la Dra. Abadías y la Dra. Irigoyen, presidenta de la Sección de Residentes del COMLL, concluyeron la jornada agradeciendo la asistencia a todos los participantes, los ponentes y el personal del COMLL, y revalidó su compromiso con la formación de los colegiados para próximas ediciones.

XI Premi a la Solidaritat en l'àmbit de la Salut del Col·legi de Metges de Lleida

Atorgat "ex aequo" al Banc dels Aliments de Lleida i a SUMUM

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) ha atorgat *ex aequo* l'XI Premi a la Solidaritat en l'àmbit de la Salut a l'Associació Banc d'Aliments de Lleida i a SUMUM, una ONG de Montsó (Osca). El premi està dotat amb 6.000 €, que en aquesta edició es distribuirà entre les dues entitats premiades.

El Banc dels Aliments de Lleida ha aconseguit el premi amb el seu projecte *Accions per garantir l'equilibri nutricional entre els sectors desfavorits de la població com a base del dret a la Salut*. Per la seva part, SUMUM ha estat guanyadora amb el projecte *Suport al Centre de Salut de Bovoba-Bahouan per mitjà de la formació de 24 matrones tradicionals a la Costa de Marfil*.

Després de l'acord adoptat per l'assemblea de col·legiats, la presidenta, Dra. Rosa M. Pérez, i altres membres de la Junta de Govern del COMLL han lliurat el premi als representants del Banc dels Aliments i de SUMUM.



La presidenta del COMLL amb representants del Banc dels Aliments



Membres de la Junta del COMLL amb representants de SUMUM

Oberta la inscripció a la VIII Jornada de Tabaquisme

Tindrà lloc el 26 d'abril a l'auditori de l'Edifici Transfronterer de la UdL

La VIII Jornada de Tabaquisme tindrà lloc el 26 d'abril, a l'auditori de l'edifici Transfronterer de la Universitat de Lleida (UdL). Organitzen aquesta trobada la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria, el Grup de Treball de

Tabaquisme de la UdL i l'IRBLleida.

El programa inclou les comunicacions de sis professionals a partir de les nou del matí. El Dr. Francesc Casadesús, responsable de Promoció de la Salut a Lleida i Alt Pirineu i Aran, moderarà el primer bloc. Aquest primer bloc anirà a càrrec del Dr. Josep M. Ramon, que parlarà sobre *Aspectes clínics de la consulta de tabaquisme*; Núria Robineta, farmacèutica comunitària, que desenvoluparà el tema *La consulta des de l'oficina de farmàcia*, i el Dr. Josep Lluís Cruz, que explicarà *La consulta des del CAP*.

Laura Rabelo, coordinadora de For-



mació, Docència i Recerca del Centre Assistencial Sant Joan de Déu, moderarà el segon bloc. En aquest bloc participaran el Dr. Josep M. Sánchez García, amb el tema *La consulta des de l'hospital*; Pilar de Dios, psicooncòloga de l'AECC Lleida, que abordarà *La consulta des de l'AECC*, i Blanca Carcolé, psicòloga clínica, que parlarà de *La consulta des d'una unitat especialitzada*.

La data màxima d'inscripció és el 19 d'abril.

Més informació i inscripcions a: www.irbllleida.cat (Formació/jornades).



La Dra. Rosa Soler, nova degana de la Facultat de Medicina de la UdL

La Dra. Rosa Soler és la nova degana de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) d'acord amb l'elecció feta el 14 de febrer pel claustre d'aquesta facultat. La Dra. Soler era fins ara la coordinadora de Grau de Ciències Biomèdiques.

Soler està llicenciada i doctorada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona. És professora titular del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la UdL des del 2001 i imparteix classes a Medicina, Ciències Biomèdiques i Nutrició. També és investigadora en Neurociències.

Ha estat adjunta al vicerector de Recerca i membre de la Comissió d'Estudis de la Facultat de Medicina.

A més de la degana, l'organograma actual de la Facultat de Medicina està format per:

Vicedegana-Coordinadora de Mobilitat: Montserrat Rué Monné
 Vicedegana-Coordinadora Clínica: Rosa Maria Martí Laborda
 Cap d'Estudis: Jorge Soler González
 Secretari: Javier Trujillano Cabello
 Coordinador del Grau de Biomedicina: Joan Ribera Calvet
 Coordinador del Grau de NHD: José Carlos Serrano Casasola
 Coordinador del Grau de Medicina: Francesc Purroy García
 Coordinador de Rotatori: Manel Portero Otín
 Coordinadora dels Màsters: Marta Llobera Tomás
 Coordinador de Cultura: Francesc Abella Pons
 Coordinador del PAT: Jordi Tarragona Foradada

IV Jornada d'Actualització Diagnòstica i Terapèutica per la FM/SFC/SQM

Per primer cop, jutges, advocats, forenses, pacients, professionals d'AP i de l'ICAM participen en una mateixa taula de debat

La IV Jornada d'Actualització Diagnòstica i Terapèutica per la FM/SFC/SQM va asseure per primera vegada en una mateixa taula de debat jutges, advocats, forenses, representants dels pacients i dels professionals d'Atenció Primària i de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). La jornada, que es va celebrar el 16 de febrer a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina, estava organitzada per la Unitat de Fibromiàlgia-Síndrome de Fatiga Crònica i Sensibilitat Química Múltiple de l'Hospital de Santa Maria de Lleida-GSS. S'hi van inscriure 230 persones i es van rebre 118 pòsters.

El debat de primera taula, moderat per la Dra. Núria Montalà, reumatòloga de la unitat, va ser molt viu i interessant i va servir per aclarir les posicions de cadascú. Opinem que es va avançar una mica més en el reconeixement de les persones afectades i en la millora de la seva qualitat de vida, tot i que encara queda molt camí per recórrer.

Durant la jornada també es va donar a conèixer molta de l'activitat investigadora que es fa en l'actualitat a Lleida en relació amb aquestes malalties. Carme Campoy i Mercè Porté ens van fer sabedors del programa *Pacient expert*, pioner en el suport als pacients. Sergi Gòdia i Ferran Muñoz van parlar de les noves tecnologies aplicades a l'atenció de la FM. El mateix grup d'investigadors que a la jornada de l'any passat va presentar un treball d'investigació sobre els beneficis de l'exercici en un grup de persones afectades de SFCR, enguany va exposar els bons resultats, la discussió i les conclusions de l'estudi.

Les psicòlogues Laura Bosa i Olga



Gelonch van presentar, respectivament, els seus estudis sobre tractament no farmacològic i sobre aspectes del dèficit cognitiu dels afectats de FM. Les darreres dues exposicions van mostrar el benefici que experimenten els afectats de FM, SFC i SQM amb la musicoteràpia, a càrrec de la musicoterapeuta Montse Poch, i amb l'abandó del consum de tabac, una exposició dels psicòlegs Francesc Abella i Assumpció Vilarasau amb la qual es va cloure la jornada.

Previ a l'inici de la jornada es van lliurar els premis del II Premi de Relat, que enguany portava per títol *La fibromiàlgia i la seva incidència en el món laboral*. Es van rebre un total de 45 relats en llengua catalana i el jurat, format pels professors Pep Coll, Eduard Batlle i Carme Campoy, va guardonar amb el primer premi l'obra *Meridià*, de Yaiza Berrocal Guevara; el segon premi, per a *Els ulls de Frida*, de Maria del Carme Alerm i Roca, i el tercer premi per a *Kadiya, un nom de regal*, d'Àlex Garrido Serra.

Lluís Rosselló
Carme Campoy

Moviment col·legial dels mesos de gener i febrer de 2013

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 5 altes durant els mesos de gener i febrer de 2013: Maria Pilar Gil Villar, Pilar Boto López, Paula Isabel Cabañuz Biarge, Marta Espinalt Brillas i

Albert Ventura González.
 El Col·legi ha registrat 6 baixes en aquests dos mesos.
 Total col·legiats el 30/04/2012: 1.715.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Àngel Martínez Martínez, Francisco P. Costa González, María Pilar Baillo Faló i Ana Coll Pallarés.

Taller sobre la implicació dels professionals d'Urgències i Emergències en la donació d'òrgans i teixits

Un total de 35 facultatius i professionals dels Serveis d'Urgències i Emergències de Lleida i Tarragona van participar el 20 de febrer en el IV Taller Teòricopràctic d'Implicació dels Metges i la Infermeria d'Urgències en la Donació d'Òrgans i Teixits. El taller es va celebrar a la unitat docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Es van abordar qüestions com la detecció de possibles donants, idoneïtat del donant i dels seus òrgans per al trasplantament, coneixement del seu marc legal, comunicació de males notícies i aprenentatge de protocols d'actuació per fer front a l'extracció i transport dels òrgans transplantables.

Les jornades, que van tenir un vessant teòric i pràctic, van servir també com a punt de reflexió sobre la potencialitat de la donació i els trasplantaments. Amb una taxa de donació de prop de 35 donants per milió de població, Espanya se situa com a líder mundial en matèria de donació i trasplantament i Catalunya, amb 872 trasplantaments, encapçala el rànquing d'activitat trasplantadora.

Malgrat això, cal seguir treballant per millorar el nombre i la qualitat del procés de donació recordant que salvem vides. Els serveis d'urgències cada cop són més rellevants en la cadena de donació i trasplantament, ja que que es troben en

un lloc privilegiat per detectar el possible donant i les seves decisions i actuacions poden ser decisives.

El programa també va incloure tallers pràctics sobre entrevista familiar, detecció del malalt amb risc de mort encefàlica, manteniment i exposició de casos pràctics amb maniquins de simulació, gravació i reproducció immediata, que permet l'anàlisi de situacions per evitar repetir errors que puguin frustrar una donació i enfortir els encerts que possibiliten millorar la taxa de donació.



Exposició de casos pràctics amb un maniquí de simulació



FERRERUELA
CUINA DE LA TERRA

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

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

Las III Jornadas de Cardiología de las Terres de Ponent obtuvieron más de 120 inscripciones

Las III Jornadas de Cardiología de las Terres de Ponent contaron con más de 120 inscripciones y una alta participación en los debates. Estas jornadas, que se celebraron el 26 de febrero, tienen una periodicidad bianual y constituyen un foro de intercambio para médicos y enfermeras de Atención Primaria, cardiólogos, internistas, geriatras y en general todos los especialistas del territorio que atienden pacientes con enfermedades cardiológicas. Esta tercera edición ha abordado temas de alta prevalencia, que suscitan un alto interés para la colaboración de los distintos servicios y niveles asistenciales.

En primer lugar, se presentó la Ruta Asistencial de la Insuficiencia Cardíaca, de reciente aprobación, fruto del consenso territorial, que constituye una vertebración de los recursos asistenciales del territorio de Lleida para el tratamiento integral de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Integra algoritmos y protocolos diagnósticos y terapéuticos, y unifica criterios de manejo, ingreso y alta, así como la ubicación y el horario de los distintos servicios, colocando al paciente en el centro y armonizando las relaciones para conseguir la máxima eficiencia.

Seguidamente, se presentó y discutió el protocolo regional de tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular no valvular, que integra el protocolo de utilización de los nuevos anticoagulantes orales con los criterios de uso. La Dra. C. Marzo presentó los resultados obtenidos en el año de seguimiento desde su incorporación protocolizada al arsenal terapéutico y que muestran

el excelente uso que se ha hecho de ellos, así como la seguridad obtenida.

El Dr. Worner, jefe del Servicio de Cardiología, expuso el estado actual del proyecto de apertura protocolizada de solicitud de ecocardiografías transtorácicas a la Atención Primaria. Actualmente, están aprobados protocolos para la fibrilación auricular y el bloqueo de rama izquierda de nueva aparición. Está previsto abrir nuevas indicaciones este año para el estudio de insuficiencia cardíaca y el estudio de soplos con características de organicidad, entre otras. El Dr. Worner mostró su gran satisfacción por los resultados obtenidos, que mostraron ser de una alta eficiencia, ya que han permitido un mejor y más rápido acceso a las pruebas y un importante ahorro de consultas innecesarias, que han permitido mejorar la resolución y disminuir la lista de espera en primeras visitas.

Entre los trabajos originales presentados en la jornada, cuatro fueron seleccionados por su calidad para la presentación oral. Finalmente, el trabajo titulado *La sal de la vida*, presentado por Cristina Florensa, enfermera de Atención Primaria y graduada en Nutrición, que analiza los conocimientos y hábitos poblacionales en el empleo de este condimento, obtuvo el galardón por su calidad y originalidad.

Finalmente, se presentaron diversos casos clínicos con relación a pacientes con problemas de alta prevalencia, que sirvieron de modelo ilustrativo al seguimiento de protocolos territoriales de relación interprofesional y que fueron objeto de amplio debate. Simultáneamente a esta actividad, los profesionales de enfermería contaron con un taller diferenciado en el que se abordó el manejo y la gestión del paciente con insuficiencia cardíaca por la enfermera de Atención Primaria. Anna Julià, enfermera gestora de casos del Hospital Josep Trueta de Girona, y Carmen Bravo, enfermera de la Unidad Territorial de Insuficiencia Cardíaca, condujeron el taller que abordó los diferentes aspectos del seguimiento de este tipo de pacientes crónicos.



Presentación de una de las ponencias



El delegado de Sanidad, tercero por la izquierda, asistió a la jornada

Caso clínico de pseudotumor inflamatorio ileal como causa infrecuente de oclusión intestinal

Paciente varón de 76 años, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso de varias semanas de evolución con ausencia de deposiciones en los últimos tres días. En la radiografía simple de abdomen se observa una dilatación de asas de intestino delgado (Figura 1). Se realiza un TAC abdominopélvico que informa de una tumoración heterogénea bien delimitada endoluminal en ileon distal de 9x3 cm que produce dilatación segmentaria del intestino proximal (Figura 2).

Ante la clínica de oclusión intestinal se decide realizar una intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparoscopia exploradora objetivando una intususcepción de intestino delgado por una tumoración endoluminal redondeada (Figuras 3 y 4) y se practica una resección de la lesión. La anatomía patológica informa de un tumor miofibroblástico inflamatorio (pseudotumor inflamatorio) de 5x4,2 cm que afecta a la subserosa, la muscular propia, la submucosa y la mucosa (Figura 5).

El pseudotumor inflamatorio o tumor miofibroblástico inflamatorio es un tumor infrecuente. Su localización más frecuente es el pulmón, seguido de la cavidad abdominal (mesenterio y retroperitoneo).

La localización ileal del pseudotumor inflamatorio plantea un diagnóstico diferencial con el íleo biliar, los tumores estromales gastrointestinales (GIST), tumores derivados del músculo liso, tumores del sistema nervioso autónomo gastrointestinal, tumor de la célula dendrítica folicular, histiocitoma fibroso maligno, mesenteritis esclerosante, linfoma y enfermedad de Hodgkin, así como también con el pólipo fibroide inflamatorio, del cual se diferencia porque afecta a la submucosa y la mucosa y es CD34+. En cambio, el tumor miofibroblástico se limita a la submucosa, aunque puede afectar a la muscular propia, la subserosa y el meso, pero es CD34-.

El tumor miofibroblástico es una entidad rara, sobre todo en su localización

ileal, y de etiología y pronóstico inciertos, ya que si bien la mayoría tienen una evolución benigna, se han descrito recurrencias y en alguna ocasión metástasis. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y posterior seguimiento ante la posibilidad de recurrencias.

Marta González Duaigües
R3 Cirugía General i de l'Aparell Digestiu

Melé J, Herrerías F, Gas C, Viñas J, Vilardell F, Escoll J, Fermiñan A, Sierra E, Olsina JJ.**
Unidad de Cirugía Colorectal y Suelo Pélvico. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFÍA

Karnak I, Senocak ME, Ciftci AO, Caglar M, Bingöl-Kologlu M, Tanyel FC, et al. Inflammatory Myofibroblastic tumor in Children: Diagnosis and Treatment. *J. PediatrSurg.* 2001; 36:908-12

Companys M, García M, Salva F, Terrasa F, Ibarra J, Ramos B. Tumor miofibroblástico ileal: Presentación de un caso. VIII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica-October 2006.

Makhlouf HR y Sobin L. Inflammatory myofibroblastic tumors (inflammatory pseudotumors) of the gastrointestinal tract: how closely are they related to inflammatory fibroid polyps? *Human Pathology*, 2002;33 (3) : 307-315.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

La libertad de la prescripción médica

Uno de los axiomas principales de nuestra profesión es el de la libertad de prescripción, basándose principalmente en la responsabilidad personal que conlleva este acto. Un acto en el que el médico prescriptor es el mejor posicionado para seleccionar un medicamento según las características individuales de cada paciente.

En un sistema sanitario en el que el financiador de los servicios es un tercero, la libertad del médico puede verse comprometida por los obstáculos que se le interponen, a menudo por intereses políticos o económicos alejados del acto médico en sí.

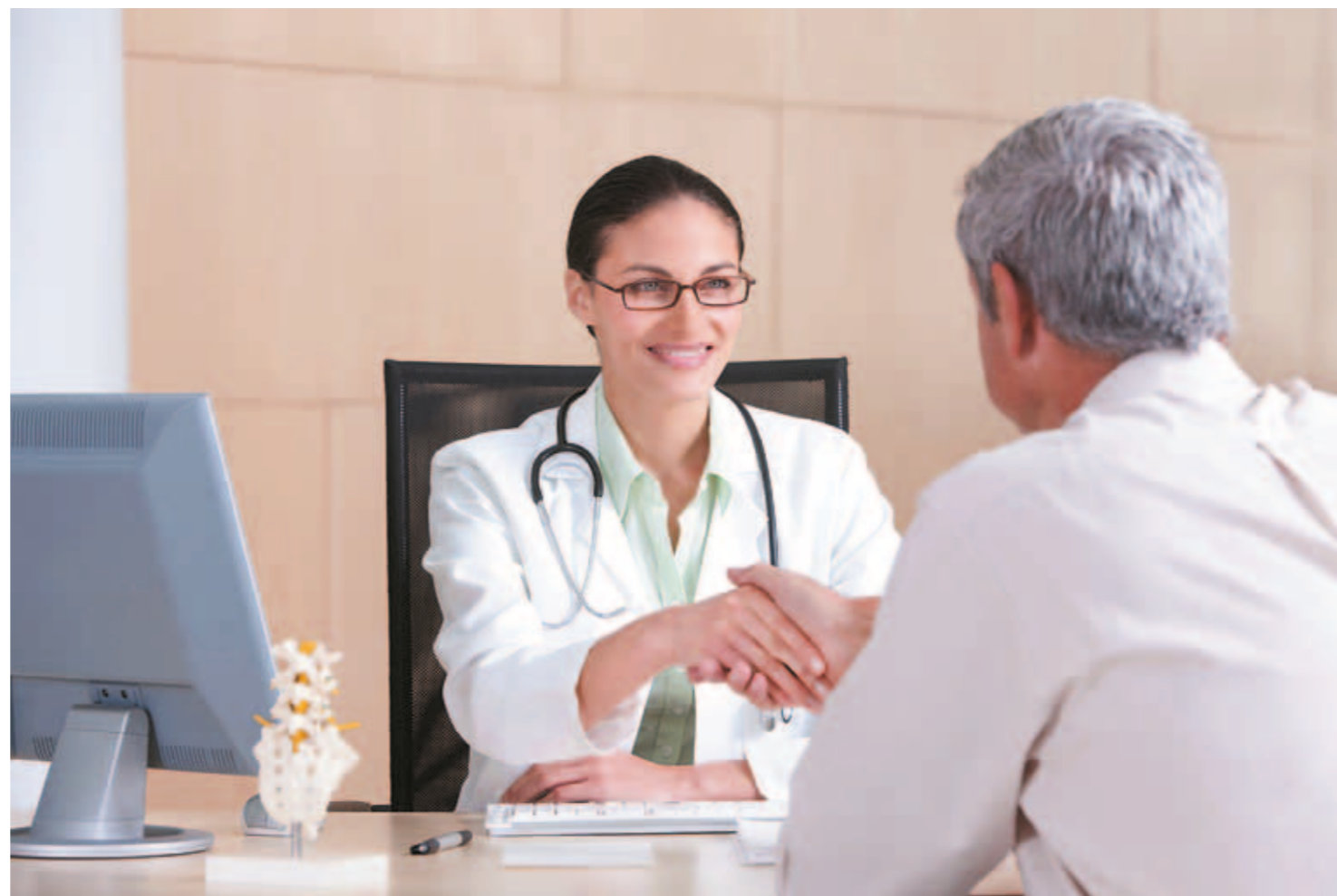
Las direcciones por objetivos, como herramienta de gestión que estimula el cumplimiento de unos estándares a menudo no pactados con los profesionales, constituyen uno de los condicionantes más potentes, ya que sesgan la prescripción hacia determinados fármacos o grupos farmacológicos y penalizan otros. En ocasiones, los criterios que se utilizan resultan contradictorios, como en el caso de nuevos medicamentos y genéricos. ¿Por qué se priorizan genéricos sobre marcas de principios activos del laboratorio investigador a igualdad de coste si cuando se penalizan nuevos medicamentos uno de los razonamientos es la falta de experiencia de uso?

La sustitución automática por vía informática o el cambio masivo de las prescripciones en un acto no pactado ni informado al paciente; los enfrentamientos entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales, y la estigmatización del profesional que no cumple los estándares fijados por el financiador son otras barreras que limitan la libertad de prescripción.

No hemos de olvidar tampoco la presión que, de forma legítima o no tan legítima, ejerce la industria farmacéutica sobre la comercialización de sus productos. El profesional se encuentra en la línea de fuego cruzado de informaciones científicas plagadas de sesgos de opinión entre la industria y la administración, con la sospecha de que ambos ocultan o destacan datos de forma interesada, dificultando, por tanto, la elección terapéutica.

Por todo ello, creemos que un debate franco entre diferentes implicados en este proceso, aportando sus puntos de vista y exponiendo los argumentos que los sustentan, puede ayudar a formar una opinión más ecuaníme sobre la libertad de prescripción y los límites que pueda o deba tener.

Dr. Plácido Santafé



Independència de la prescripció mèdica

Des de sempre, la medicina ha estat una disciplina exigent, ja que la seva pràctica ha anat més enllà del coneixement científic. De fet, l'exercici de la medicina, més que una activitat científica, és un art. Aquest aspecte encara és més rellevant en el cas del metge de família, perquè ha de prendre decisions mèdiques en escenaris amb components econòmics, socials, personals, laborals i culturals diversos que confereixen més complexitat al procés. Per al seu maneig es necessita d'una certa perícia que va més enllà del saber.

Des del vessant del coneixement mèdic, l'evidència mèdica, les directrius basades en proves com protocols i guies clíniques, generalment es fonamenten en assaigs clínics que, sobretot, es fan en hospitals terciaris en poblacions seleccionades, on les característiques clíniques dels pacients analitzats divergeixen dels que es veuen a l'Atenció Primària. Per tant, aquest marc de referència no és apropiat

per ser transferit, tal qual, a l'Atenció Primària.

En l'exercici professional, el metge de família és qui coneix a fons el pacient, les seves expectatives de vida, els seus problemes de salut i la seva història global, per això és qui està més capacitada per orientar i decidir, al costat del propi pacient, en aspectes d'estils de vida saludables, identificació oportuna de riscos i resolució oportuna i adequada dels problemes de salut, que en un percentatge molt alt resoldrà per si mateix i en alguns casos li caldrà derivar-lo al segon nivell assistencial. Per a la resolució d'aquests problemes, un dels aspectes més rellevants és la prescripció farmacològica.

La guia de la bona prescripció, de l'Organització Mundial de la Salut, estableix que per prescriure un fàrmac cal procedir de forma consecutiva: primer definir bé quin és el problema del pacient, especificar-ne l'objectiu terapèutic i fer un inventari dels fàrmacs més efectius, segons criteris d'eficàcia, seguretat, conveniència i cost del tractament. Escollir un fàrmac segons els criteris establerts. Prescriure el tractament

amb la informació corresponent, instruccions i advertències. I, finalment, supervisar el tractament i buscar la complicitat indispensable del pacient. Així doncs, el procés de prescripció d'un fàrmac no és fàcil.

El metge de família, en l'exercici lliure de la seva professió, és qui coneix més bé el context de cada pacient i, per tant, qui està en disposició de fer la millor orientació diagnòstica, terapèutica i el seguiment del propi malalt i del seu entorn al llarg del temps. Qualsevol interferència, per factors externs d'aquest procediment integral, pot afectar la llibertat de prescripció. Evidentment, llibertat de prescripció exercida amb autonomia, responsabilitat i professionalitat.

Des d'aquest context, es pretén argumentar quins són els principals factors que poden limitar la llibertat de prescripció del metge.

La creixent despesa en salut dels últims anys, juntament amb la crisi econòmica, ha intensificat la preocupació de les administracions pel control del cost sanitari públic. Per aquest motiu, han canviat les condicions laborals dels metges. Han passat de ser professionals emi-

ment liberals a assalariats de grans corporacions sanitàries públiques i privades amb conseqüències transcendents per a la professió en conjunt. En aquestes condicions laborals, i amb la creixent preocupació per l'estabilitat de la feina, el professional va perdent la capacitat de definir els seus límits d'actuació en benefici del poder, cada vegada més accentuat, dels hàbils gestors o directors mèdics, que amb instruments com la famosa DPO (direcció per objectius), la utilització de programes informàtics de gestió massiva de fàrmacs i altres processos d'incentivació professional o de subordinació laboral, pretenen reduir el cost farmacològic, tant sí com no. Els procediments estandaritzats de prescripció farmacològica poden reduir la despesa en fàrmacs, però són d'eficiència dubtosa perquè no tenen en compte la despesa sanitària global. Així, és possible que l'estalvi en medicació es vegi superat en escriure per la despesa en altres procediments com la derivació als especialistes, la freqüentació als serveis d'urgència i l'hospitalització. Per tant, la submissió tampoc és garantia d'eficiència.

L'Administració Sanitària té un paper determinant en el control del cost farmacèutic i no pot eludir la seva responsabilitat, en detriment de la llibertat de prescripció del professional, acollint-se a innumerable normativa amb la finalitat de restringir l'accés del metge de família a determinats grups farmacològics, com fàrmacs d'ús hospitalari, prescripció exclusiva per part de l'especialista, o pel sol fet de tractar-se d'una innovació terapèutica. En canvi, a través de l'Agència Espanyola del Medicament, autoritza la comercialització de nous medicaments, que en ocasions són cars i d'eficàcia i seguretat dubtoses. Té la potestat de fixar les regulacions del preu dels medicaments, com els preus de referència i el preu menor, i així controlar la despesa en fàrmacs. Permet el registre d'una immensa quantitat d'un mateix producte de diferents laboratoris, amb la consegüent confusió que això genera al professional i al pacient, al qual indirectament li pot resultar més costós. En definitiva, és l'Administració qui té la facultat i el deure d'establir una política farmacèutica racional i sostenible, però, al mateix temps, ha de tenir cura de respectar la llibertat de prescripció del metge. Perquè la qualitat de la prescripció i l'ús racional del medicament, tan anhelats per l'Administració, no

s'aconsegueixen amb un ordenament jurídic emmordassant, sinó amb professionalitat, responsabilitat, competència i respecte.

La prescripció induïda per l'especialista és un altre tema controvertit que pot afectar la llibertat de prescripció del metge de família. Però si entenem el procés de prescripció com un procés integral, tal com s'ha descrit anteriorment, no hauria de comportar cap controvèrsia entre ambdós professionals. És obvi que el metge de família no pot resoldre tots els problemes dels pacients que té assignats. En el moment que precisa de la col·laboració de l'especialista, li està transferint, implícitament, la responsabilitat i la llibertat de la prescripció. En aquest cas, el metge de família hauria de respectar la decisió de l'especialista. Sense dret moral ni ètic a modificar el tractament, i molt menys si les raons només són lucratives. Ni tan sols quan n'hagi de renovar la recepta, per evitar desplaçaments innecessaris al pacient, perquè la renovació de la recepta s'hauria de contemplar com un acte de caire protocol·lari i administratiu, no de responsabilitat. Malauradament, des del punt de vista de la responsabilitat legal, a la realitat això no és així, amb la conseqüent conflictivitat entre professionals. D'una banda, l'especialista vol que se li respecti la seva decisió, i, de l'altra, el metge de família, en transcriure la recepta de l'especialista, n'està assumint la responsabilitat per imperatiu legal, tant si hi està d'acord com si no. La prescripció electrònica i la corresponent reautorització de la recepta per l'especialista; la facilitació d'informació clara del perquè de la prescripció, la coordinació i la integració dels sistemes informàtics entre els diferents nivells assistencials i la mostra del màxim respecte professional, podrien contribuir a resoldre, en part, aquest contratemps.

Menció a part mereixen les pautes terapèutiques ja establertes pel metge de família i que, per raó d'una visita al CAP II o bé per un ingrés a urgències o a l'hospital, són modificades, sense que la modificació en si mateixa suposi una alternativa terapèutica. Moltes vegades només es tracta del canvi del nom comercial del principi actiu. El fet, a part de comportar possibles errors de medicació, afecta la llibertat de prescripció del metge de família. Aquest encara és un repte per superar, però seria plausible amb una simple comprovació de la medicació abans i després de la visita o de l'ingrés,

mantenint la pauta habitual i només introduint les modificacions derivades de l'assistència puntual.

Altres professionals, com els farmacèutics d'Atenció Primària, tenen una intervenció parcial en el procés i, per tant, la seva funció ha de ser formativa, orientativa i de col·laboració amb el metge, però també amb l'Administració Sanitària. Ni els criteris de l'estàndard de qualitat de la prescripció farmacèutica, ni les recomanacions emeses pel Comitè d'Avaluació de Nous Medicaments ni l'evidència científica en general són infalibles. L'aferrament a aquests estàndards els porta a confondre l'ús racional del medicament amb la contenció de la despesa farmacèutica. En general, els metges ja sabem que l'administració de més de quatre fàrmacs suposa algun tipus d'interacció, que són molts els efectes secundaris dels fàrmacs, amb la conseqüent iatrogènia, i que l'eficàcia d'alguns fàrmacs és dubtosa. Però els malalts amb pluriopatologia crònica, simptomatologia permanentment present i actitud reivindicativa —sobre la base de les innovacions terapèutiques—, difícilment es resignen a prescindir de l'arsenal terapèutic corresponent. Encara més si, com passa de vegades, el consideren desfasat,

obsolet i incapaç d'alleujar les seves dolences, que expressen en frases com "doctor, això que m'ha donat no em fa res". Aquests aspectes són més difícils de gestionar per part del metge de família, que per qüestió de proximitat és molt més accessible que l'especialista. I no cal dir dels que, des d'un despatx, pretenen modular la prescripció sobre la base de l'argument d'una inequívoca font bibliogràfica.

Els farmacèutics d'oficina de farmàcia són els encarregats de gestionar adequadament la dispensació dels medicaments prescrits pel metge, a part dels productes de lliure dispensació. No intervenen en el procés de prescripció, però, atesa la peculiaritat de la normativa actual, són, paradoxalment, uns dels principals moduladors de la llibertat de prescripció del metge de família. Si bé la llei del medicament els permet substituir en determinades circumstàncies un fàrmac per un altre d'equivalent per un conflicte d'interessos evidents, la substitució, per diversos motius, no és del tot ortodoxa. Això pot posar en risc l'apropiada relació entre el metge i el farmacèutic. No solament per la limitació de la llibertat de prescripció, sinó pel fet de generar visites addicionals amb la conseqüent satu-

El pacient és l'element més important de tota la cadena de prescripció i té la seva part de responsabilitat en el procés

ració de la consulta del metge.

El pacient és l'element més important de tota la cadena de prescripció i té la seva part de responsabilitat en el procés. Un determinat aspecte de la seva conducta podria afectar la llibertat de prescripció del metge, és a dir, l'incompliment terapèutic i l'automedicació. Diversos estudis apunten que l'incompliment terapèutic pot arribar a ser del 50%, i fins i tot es podria superar amb les últimes mesures introduïdes de copagament farmacèutic. Hipòcrates (460 aC) ja advertia de la seva importància, i actualment es relativitza en considerar que és una forma de gastar menys. Però probablement el fàrmac més ineficaç és aquell que no es pren, perquè no permet arribar a l'objectiu previst amb la conseqüent ineficiència. L'automedicació, també, és un fenomen bastant freqüent. Habitualment és per la presa de medicaments prescrits pel metge de família en episodis anteriors de característi-

ques semblants. Una bona relació metge-pacient és imprescindible per establir les condicions bàsiques per millorar l'incompliment terapèutic i l'automedicació.

La influència de la indústria farmacèutica en la llibertat de prescripció és secundària. D'un temps ençà, sembla que qualsevol relació amb la indústria farmacèutica sigui un esdevenir pervers, i res més lluny de la realitat. La indústria farmacèutica és necessària per al sistema sanitari, per als metges, per als pacients i per a l'economia. Tots sabem dels seus artificis, però en cap cas obliguen a canviar o a modificar la línia de prescripció farmacològica del metge. Si al davant hi ha un professional íntegre, la força de la indústria farmacèutica respecte a la llibertat de prescripció és merament seductora. En canvi, sí que pot atemptar contra la llibertat de prescripció, el desproveïment d'alguns fàrmacs al mercat que, des de fa temps, es dóna amb certa assiduitat, i que obliga a modificar algunes pautes terapèutiques, sobretot si es tracta de fàrmacs difícilment substituïbles.

En conclusió, vivim en un món de canvis constants, d'inseguretat, d'inestabilitat laboral i probablement d'inestabilitat emocional, amb noves estructures i noves formes de funcionament. Però l'esdevenir d'un metge de família no pot ser el d'un professional resignat, sotmès i desmoralitzat, ha de continuar sent el d'un professional amb vocació i que visqui amb plenitud, dignitat i amb el legítim orgull de ser metge. Per aconseguir-ho, li cal llibertat de prescripció.

Dra. Carmen Ciria Mallada
Dr. Joan Clotet Solsona

Los límites de la libertad de prescripción

La prescripción de un tratamiento es una parte intrínseca del acto médico por cuanto es la consecuencia lógica de un proceso de diagnóstico que afecta a una persona enferma. Es costumbre asociar el término *prescripción* al acto de recetar un

medicamento; sin embargo, entiendo que el término "prescripción" va mucho más allá, y de hecho incluye cualquier indicación médica para aplicar un tratamiento, ya sea con una intervención quirúrgica, con la implantación de una prótesis, el uso de plantas medicinales, el seguimiento de un programa de rehabilitación, etc. En cualquier caso, voy a ceñirme al caso concreto de los medicamentos, ya que así se me ha pedido aunque muchas de las consideraciones que pueda hacer aquí se dirían de amplio espectro. No hemos de olvidar que la industria biomédica es mucho más amplia que la industria farmacéutica.

Tal y como intento mostrar en la figura 1, el campo de actuación del médico en el ejercicio de su profesión viene limitado por las líneas marcadas por distintos códigos y normas que de algún modo van de más a menos. En el sentido más amplio, el código deontológico por excelencia en cuanto a marcar los límites de lo que puede hacer un médico cuando prescribe es la Declaración de Helsinki; este código regula el uso de terapias poco o nada conocidas (en investigación) y establece que dicho uso necesita el consentimiento informado del paciente, así como una valoración rigurosa y documentada en la historia clínica de los motivos por los que se recurre a dicho tratamiento, incluyendo los beneficios y riesgos esperados para el paciente.

En condiciones normales, los límites para la prescripción de medicamentos vienen establecidos por las leyes y normas que regulan el uso del medicamento en nuestro país. En concreto, la ficha técnica aprobada por las agencias reguladoras constituye el manual de instrucciones para el uso del medicamento en lo que se refiere a indicaciones aceptadas, dosis establecidas, contraindicaciones e interacciones. Hoy en día, los médicos tienen claro que respetar este marco asegura sus actuaciones profesionales y garantiza también la seguridad de sus pacientes; sobrepasar los límites establecidos por la ficha técnica sitúa al médico en el escenario anterior, el de las terapias experimentales, lo que le obliga a seguir las normas establecidas para estos casos. Sin embargo, también sabemos que las indicaciones y normas aprobadas por las agencias reguladoras se establecen obedeciendo a criterios de registro industrial y de oportunidad de negocio, muchas veces alejados de las necesidades



reales de los pacientes y sobre todo al margen de las organizaciones que deben aplicar y pagar los tratamientos. Todo ello explica que estas últimas establezcan nuevos límites y condiciones para el uso de ciertos medicamentos.

Aparece, así, el tercer límite y, por lo tanto, el más estrecho que hace referencia al derecho de las organizaciones sanitarias a establecer lo que se puede y no se puede prescribir. Sorprende que pocas veces se discuta que una organización privada como una mutua sanitaria tenga una cartera de servicios limitada, pero que sí se cuestione la capacidad de las organizaciones públicas como el ICS para hacer lo mismo. ¿Cuál es la diferencia? Si las organizaciones privadas deben rendir cuentas ante sus accionistas, las públicas deben hacerlo ante los representantes de los ciudadanos, es decir, los políticos. Dicho sea de paso, no es aceptable, pues, excluir a los políticos de la dialéctica sanitaria pública aprovechando su actual desprestigio. Por otro lado, es legítimo, y desde mi punto de vista obligado, que las organizaciones públicas se preocupen por garantizar la mejor relación beneficio/riesgo de los tratamientos que pone a disposición de sus médicos, excluyendo aquellos con peor relación o que en la igualdad son más caros. Viene a cuento aquí hablar de los genéricos y el cuestionamiento de sus ventajas, aunque ya no sean más caros que el original: el uso de genéricos favorece la comprensión de los planes terapéuticos, tanto por parte de los profesionales sanitarios como por parte de los pacientes (otra cosa muy distinta es el cambio constante de genéricos para un mismo principio activo, aspecto este ligado a otras cuestiones). Viene a cuento también hablar de supuestas innovaciones terapéuticas que finalmente solo demuestran ser meras innovaciones comerciales, diseñadas para aprovechar ciertos “filones” terapéuticos como el síndrome prostático, las insuficiencias circulatorias periféricas o incluso enfermedades que algunos expertos califican como inventadas (véase el síndrome metabólico). Es lícito



Figura 1: los tres límites de la libertad de prescripción.

y recomendable que los sistemas sanitarios públicos identifiquen estas novedades terapéuticas que, en realidad, no lo son porque no aportan valor añadido y dificultan, cuando no impiden, su prescripción.

Finalmente, cabe hablar de los conflictos de intereses. Según la Wikipedia “los conflictos de intereses son aquellas situaciones en las que el juicio del individuo —concerniente a su interés primario— y la integridad de una acción, tienden a estar indebidamente influenciado por un interés secundario, de tipo generalmente económico o personal. Existe conflicto de intereses cuando en el ejercicio de las labores dentro de una institución sobreviene una contraposición entre los intereses propios e institucionales”. Todos los profesionales de la sanidad, sea cual sea su ámbito de actuación o decisión, van a vivir en un momento dado situaciones de este tipo que sin duda van a condicionar la independencia de sus actuaciones. Una forma de exorcizar dichos conflictos, al menos parcialmente, es hacerlos explícitos a las personas y/o instituciones interesados en nuestras acciones. ¿Pero estamos preparados para reconocer los conflictos de interés y, más aún, hacerlos públicos? ¿Debemos considerar, por ejemplo, como tal conflicto el hecho de que un laboratorio farmacéutico nos pague un congreso o un curso de formación? Creo sinceramente que la primera respuesta es no y la segunda, sí. Sin embargo, no quisiera recurrir a argumentos de “pure-

ta”, que con la que está cayendo serían francamente poco realistas. La industria biomédica sigue siendo el principal financiador de la formación continua de nuestros médicos y no parece que esto vaya a cambiar en el futuro. Se trata, pues, de reconocer las situaciones, hacerlas públicas en la medida de lo posible y, siendo conscientes de que pueden afectar a nuestras actuaciones profesionales, intentar minimizar sus consecuencias; hay que ser práctico, como los anglosajones.

Al hilo de mi argumentación, solo cabe concluir que la libertad de prescripción es una falacia, al menos en la acepción más amplia de la palabra *libertad*. ¿Quiere ello decir que el médico no puede ser independiente en sus decisiones tal y como establece el código deontológico? La independencia es un valor en sí misma y la piedra angular de su misión; el médico puede y

debe ser independiente de intereses espurios o cualquier otro que amenace la buena praxis y las limitaciones que imponen la ciencia y la propia ciudadanía no deben coartar dicha independencia, sino, al contrario, guiarla. Sin embargo, esto no es fácil, y a menudo nuestros profesionales se enfrentan a situaciones que ponen a prueba esta capacidad de decidir solo en función del beneficio del paciente concreto. De ahí mi respeto, admiración y reconocimiento para con la difícil tarea de mis colegas.

Joan Antoni Schoenenberger
Jefe de Servicio de Farmacia
Hospital Universitari
Arnau de Vilanova

La visió des de la deontologia

Dins de l'exercici de la professió sanitària, un dels pilars ha estat i és la llibertat de prescripció. Tot revisant el que els darrers codis deontològics ens diuen quan parlen d'aquest tema, ens trobem amb les següents reflexions.

En el Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (2005) hi ha tot un apartat que parla del tractament (V), i en concret l'article 54 diu:

“El metge, quan estableixi un tractament, ha de basar-se en el benefici per al malalt i en el correcte ús dels recursos sanitaris i no ha d'estar influït per mesures restrictives inadequades ni per incentius, invi-

tacions, subvencions o altres ajuts. Les relacions que mantingui cada metge amb les indústries sanitària i farmacèutica han de ser transparents i es podran posar de manifest en cas de conflicte d'interessos.”

Al Codi de Deontologia Mèdica, aprovat per l'OMC el 2011, hi ha també tot un article, el 23, amb nombrosos apartats que parlen de la prescripció:

1. - El médico debe disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas, que le permita actuar con independencia y garantía de calidad.

2. - La colaboración con la industria farmacéutica es necesaria y conveniente en la investigación, el desarrollo y la seguridad de los medicamentos. Es contrario a la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario.

3. - Los incentivos ligados a la prescripción tendentes a aliviar el gasto sanitario deberán tener presente la mejoría de la eficiencia salvaguardando la calidad asistencial y la libertad de prescripción.

4. - Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad. Tienen un deber deontológico de honradez y ejemplaridad.

5. - El médico no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que atente objetivamente contra la calidad de su asistencia.

6. - La prescripción es el corolario del acto médico, por lo que el médico se responsabilizará de la receta. Si la receta fuera modificada en alguno de sus contenidos de tal forma que afectara al tratamiento, cesará la responsabilidad deontológica del médico.

7. - Cuando para desarrollar actividades científicas y de formación se reciba financiación externa de entidades con ánimo de lucro, deberá explicitarse con claridad y transparencia la naturaleza y alcance del patrocinio. Los médicos organizadores de la actividad garantizarán la independencia de los contenidos y la libertad de los ponentes.

8. - Es obligación del médico que participa en investigaciones o en estudios farmacológicos patrocinados por la industria farmacéutica informar, tanto a los medios cien-

tíficos como de comunicación en general, sobre sus vinculaciones con la industria, mediante la correspondiente declaración de intereses.

9. - Cuando un médico participa en una investigación científica patrocinada por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa patrocinadora.

10. - El médico que en calidad de experto hace recomendaciones de un producto específico, tanto en medios científicos como en medios de comunicación general, deberá comunicar su vinculación con la industria sanitaria, cuando la hubiere, mediante la correspondiente declaración de intereses.

L'article 7 del mateix codi diu: “4.

- El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.”

Tant un codi com l'altre deixen molt clar que la llibertat de prescripció del metge està supeditada a dos principis. El primer és molt clar: la llibertat de prescripció està lligada al millor benefici per al pacient, segons l'evidència científica i les indicacions autoritzades. Pot ser d'ajut davant el dubte sobre eficàcia, eficiència i efectivitat d'un tractament disposar de protocols i guies clíniques, en què es faci una revisió basada en l'evidència.

El segon principi que emmarca la llibertat de prescripció és el correcte ús dels recursos sanitaris, és a dir, que en realitzar la prescripció no es tingui sols en compte l'eficàcia, sinó també l'eficiència.

El debat que ara es planteja respecte a la prescripció induïda per les administracions enllaça amb un debat molt més antic i que encara cueja, que és la relació entre la prescripció i la indústria farmacèutica. De fet, la majoria de referències dels codis deontològics fan referència a aquest apartat i a la necessitat que aquesta sigui una relació transparent, declarant-se els possibles conflictes d'interessos respecte a la prescripció.

La llibertat de prescripció no és, per tant, absoluta, sinó que és un exercici d'autonomia i responsabilitat del professional. L'Organització Mundial de la Salut indica que “un malalt ha de rebre el tractament



La libertad de prescripción es una falacia, al menos en la acepción más amplia de la palabra “libertad”

més indicat per la seva situació clínica, amb la pauta terapèutica més adequada, durant el temps necessari i de forma que suposi el menor cost possible per al pacient i la comunitat”.

Formaria part de la decisió del metge no sols intentar buscar el millor benefici del pacient, sinó de la comunitat; i l'OMS apunta no tan sols en l'exercici dins d'una institució, sinó també en l'exercici privat. El metge hauria de vetllar pel cost-benefici dels tractaments prescrits com un deure cap al pacient.

L'acte mèdic és també un acte social i, per tant, té repercussions socials, amb la qual cosa els aspectes econòmics no poden ser aliens a la presa de decisions en la consulta. Recordem que un dels pilars fonamentals en bioètica és el principi de justícia, que ens parla de l'ús equitatiu de recursos. És important, doncs, entendre que les consideracions sobre justícia no són alienes a l'acte mèdic particular, i que cal poder arribar a conjugar el “bé individual” amb el major “bé comú possible”.

Comissió Deontològica
Col·legi de Metges de Lleida

Libertat de prescripció, consideracions al document de l'OMS

Davant la situació de crisi actual, algunes comunitats autònomes han aplicat mesures que han provocat crítiques sobre si es produeix o no la vulneració i coartació de la llibertat de prescripció.

En aquest article vull fer extensiu als facultatius un resum d'aquest document signat a Madrid amb data 25 de febrer de 2011.

Criteris deontològics

1. La llibertat de prescripció es fonamenta en la capacitat del metge de prescriure una determinada substància o el seu equivalent terapèutic sense preocupar-se del nom comercial. En molts hospitals es prescriu per principi actiu o tenen protocols d'intercanvi terapèutic per als tractaments més habituals quan els pacients hi ingressen.

2. El metge ha de disposar de llibertat de prescripció (article 20 del Codi d'Ètica i Deontologia Mèdica), però a més, està obligat a procurar la major eficàcia del seu treball i el rendiment òptim dels mitjans que la



La llibertat de prescripció es fonamenta en la capacitat de prescriure una substància sense preocupar-se del nom comercial

societat posa a la seva disposició (Article 6).

3. La llibertat de prescripció no s'ha de considerar un bé absolut sense barreres ni límits. L'OMS diu que “un malalt ha de rebre el medicament més indicat per la seva

situació clínica, amb la pauta terapèutica més adequada, durant el temps necessari, amb el menor cost possible per al pacient i la comunitat”. No s'ha d'oblidar que en la medicina actual, llibertat, responsabilitat i competència estan en estreta

relació i són inseparables de les qüestions científiques, sociolaborals i econòmiques que són ineludibles en la presa de decisions.

4. La llibertat de prescripció implica també tenir en compte els aspectes econòmics de les decisions mèdiques. El metge no pot oblidar que els recursos amb els quals es paguen les prescripcions pertanyen a tota la societat. Per això, està obligat a prescriure amb racionalitat i amb bon sentit econòmic. És deontològicament inacceptable la prescripció de fàrmacs de preu més

elevat quan la seva eficàcia sigui idèntica a la d'altres de cost inferior.

5. S'ha de saber conjugar la llibertat de prescripció i els drets dels pacients amb la responsabilitat d'administrar adequadament els recursos econòmics que la societat posa en mans del metge. Existeix el dret deontològic de prescriure amb responsabilitat i moderació.

6. L'administració sanitària, sigui quin sigui l'àmbit de la seva competència, té el deure d'assegurar la sostenibilitat del sistema sanitari públic i, per tant, de racionalitzar

la despesa. Ha de complir amb el deure de vigilar, supervisar, optimitzar i controlar la despesa farmacèutica, que s'ha de fer sempre sense afectar la qualitat ni la seguretat del sistema sanitari públic, perquè es consideri un acte de responsabilitat necessari i ineludible.

Conclusions

Primera. No hi ha cap objecció des del punt de vista deontològic en les mesures de selecció de medicaments que poden realitzar les administracions sanitàries, tenint en compte que els medicaments que es poden intercanviar o substituir tenen similar eficàcia, seguretat i qualitat entre si. De fet, als hospitals públics es du a terme mitjançant polítiques locals de compres en farmàcia i/o protocols d'intercanvi terapèutic.

Segona. Actualment es fa necessari jutjar i analitzar la prescripció mèdica amb molta prudència i un grau important de corresponsabilització, perquè ens movem en una realitat d'incertesa preocupant per a la sostenibilitat del sistema sanitari públic.

Tercera. Aquestes iniciatives no deterioren la qualitat de l'assistència, sinó que poden generar, a través de l'optimització de la despesa farmacèutica, un estalvi econòmic que hauria de permetre atendre altres necessitats assistencials.

Quarta. Tampoc suposa, sobre la base dels criteris deontològics exposats, una vulneració de la llibertat de prescripció del metge, i menys un risc per a la seguretat dels pacients.

Cinquena. No és funció de la Comissió Central de Deontologia valorar la competència d'una administració autònoma per legislar i dur a terme les mesures esmentades, sinó la valoració dels seus aspectes deontològics. Conseqüentment, aquest posicionament deontològic no s'ha d'interpretar com cap interès de part de qualsevol conflicte competencial.

Jordi Domènech
Cap de la Unitat Farmacèutica
Regió Sanitària Lleida

¿Quién receta los medicamentos?

Hace unos años, la respuesta a esta pregunta hubiera sido obvia y unánime. El profesional al que se le había otorgado legal y socialmente la facultad de recetar medicamentos

era el médico. En consecuencia, la industria farmacéutica orientaba sus actividades de promoción y formación hacia el médico, y esto que era, si no el único, el principal y más importante decisor del sistema sanitario en lo concerniente a los medicamentos.

Por razones que no me corresponde analizar, el médico ha ido cediendo esta capacidad de decisión en favor de otros profesionales en distintos ámbitos, modificando sustancialmente el panorama de la prescripción y dispensación de medicamentos, como seguidamente se comenta.

Con la prescripción por principio activo, el médico cedía al farmacéutico el envase que finalmente sería dispensado, lo cual, mirado desde el punto de vista de la industria farmacéutica (la que comercializa el medicamento) no es un tema menor. La prescripción por principio activo tuvo una cierta defensa económica porque determinaba la dispensación del medicamento más barato, aunque tenía una muy regular defensa sanitaria porque sometía a la dispensación del envase que tocara, con apariencia, color y textura cambiantes para los pacientes, especialmente los ancianos y los polimedados. Ahora, con los medicamentos originales al mismo precio que los genéricos, prescribir por principio es muy discutible, porque no ahorra nada y propicia muchos más errores y duplicidades que la prescripción por marca.

En el marco hospitalario, el médico también lleva mucho tiempo cediendo capacidad de decisión. Por una parte, las guías farmacoterapéuticas del hospital incluyen únicamente los medicamentos susceptibles de ser prescritos. Por consenso o por imposición, la prescripción fuera de la guía raramente termina siendo dispensada, y aunque legalmente resulta posible, es poco frecuente que el médico desee imponer su prescripción frente a las opciones que figuran en la guía de su hospital.

También en el ámbito hospitalario, el médico ha cedido con los cambios en la dispensación que realizan desde los servicios de farmacia con los mal llamados equivalentes terapéuticos. Tales equivalentes terapéuticos, defendidos por algunos colectivos de influencia en el ámbito de la farmacia hospitalaria, son fruto de una serie de análisis indirectos de los que se infiere que una determinada pauta de un producto A es

La industria farmacéutica claramente prefiere que el decisor siga siendo el médico, pero se le están imponiendo nuevas reglas

equivalente a otra de un producto B. Estos trabajos serían rechazados de plano en el procedimiento de autorización y registro si los presentara la industria como evidencia documental, pero sirven para hacer programas de intercambio terapéutico, muchas veces con total desconocimiento del médico que ordenó la prescripción inicial.

Por último, algunos gestores sanitarios consideran que la prescripción (hospitalaria y ambulatoria) siempre puede ser más eficiente y que la situación económica les avala para la adopción de decisiones, más de despacho que sanitarias, muy próximas a las decisiones que se adoptarían en una empresa que tuviera que reducir costes de manera radical a través de la selección y simplificación de adquisiciones.

Un buen ejemplo son los medicamentos de alto impacto, que son candidatos a las más duras actuaciones de los gestores sanitarios y es posible que, simplemente, se llegue a una utilización anecdótica de algunas de estas novedades terapéuticas o se decida, definitivamente, no financiarlas en algunas CC.AA. (aunque sí en otras, con el consiguiente problema de equidad asociado).

Los módulos de prescripción de algunas CC.AA. están asimismo orientados bajo el eufemismo de “ayudas a la prescripción” para que se ofrezca al médico el medicamento deseado por el gestor como primera, segunda, tercera, cuarta y enésima opción, de manera que resulte tan laborioso terminar recetando lo que el médico se había propuesto inicialmente, que se logre que un notable porcentaje de médicos desista en el intento.

En resumen, con estos planteamientos se puede llegar a limitar la disponibilidad general de acceso de determinados medicamentos y, desde luego, se cercena la posibilidad de que, aún siendo autorizados y financiados para todo el Sistema Nacional de Salud, algunos medicamentos lleguen a ser utilizados. Todo ello amparado por razones de impacto presupuestario y muchas veces refrendado científicamente por un comité institucional creado

por el propio pagador.

La buena noticia es que la innovación en medicamentos sigue produciéndose (aunque sea cara). Personalmente rechazo que se diga que algunos nuevos medicamentos no aportan nada. En mi opinión, lo que realmente no aporta nada es lo que no existe. Todos los medicamentos autorizados tienen su lugar y muchos de ellos tienen un lugar mucho más relevante del que el pagador está dispuesto a reconocer, especialmente en momentos de crisis.

La otra buena noticia es que el médico debería ser el principal responsable de gestionar esta innovación. Respecto a la independencia, el médico tiene que decidir y querer decidir. Debe hacerlo caso a caso, paciente a paciente, adoptando la solución que mejor convenga al paciente y al sistema sanitario (creo que por este orden). Sobre la influencia de la industria farmacéutica en sus decisiones, es, por definición, un profesional universitario con criterio propio, por tanto, creo inapropiado protegerle de actividades promocionales.

La industria farmacéutica claramente prefiere que el decisor siga siendo el médico, pero se le están imponiendo nuevas reglas, con muchos más interlocutores influyentes a considerar. Un laboratorio de medicamentos originales, además de investigar y contribuir a la formación continuada de muchos médicos, debe necesariamente comercializar sus medicamentos, y por lo tanto debe convencer al decisor —sea quien fuere— de la pertinencia de utilizar su medicamento en terapéutica.

Técnicamente ya no es tan evidente quién receta los medicamentos, pero la respuesta definitiva a la pregunta inicial no está dada todavía y, posiblemente, en gran parte dependa de los propios médicos. La sociedad no les ha desprovisto de este rol y esperemos que nunca lo haga.

Emili Esteve Sala
Departamento Técnico
Director
FARMAINDUSTRIA

Rutes assistencials: de la teoria a la pràctica

Protocols i guies de pràctica clínica són termes que hem utilitzat molt sovint quan ens hem referit als instruments per donar suport a la presa de decisions dels professionals del sistema sanitari. Es protocol·litza, per exemple, quins procediments diagnòstics cal utilitzar davant de malalts amb un quadre clínic o quina és l'actitud terapèutica més adequada per a una patologia o problema de salut¹. Des del punt de vista dels professionals, les guies representen el desideratium que serveix per saber “allò que hauríem de fer”. Acostumen a ser de les societats científiques o altres entitats específiques les que promouen que una adequada i precisa informació transmeti el coneixement entre professionals i faciliti l'atenció sanitària.

Quan aquestes guies s'adeqüen als recorreguts que fan els malalts pels centres i serveis parlem més de circuits clínics, trajectòries clíniques i ara de “rutes assistencials”.

Recentment a Catalunya, i dins dels treballs de desplegament del Pla de Salut², s'ha adoptat la terminologia de ruta assistencial (RA) per denominar el “pla operatiu, que explica l'organització de les cures i accions estructurades i multidisciplinàries, necessàries per implementar una guia de pràctica clínica (GPC) en un territori determinat”³.

Es tracta d'establir com s'organitzen els professionals implicats en l'abordatge d'un problema de salut per aplicar la millor praxi clínica en un lloc concret. Aquests professionals treballen en uns centres gestionats per uns proveïdors determinats que tenen encomanada l'assistència sanitària d'uns usuaris o assegurats, com són els del Servei Català de la Salut, que dona cobertura sanitària als ciutadans tutelats per la Generalitat de Catalunya. És, per tant, la descripció del “com” ens organitzem per fer “allò que” la guia de pràctica clínica recomana per treballar amb qualitat pels nostres usuaris. Per tant expressa també un compromís ètic entre les parts que es vinculen per dur a terme l'atenció dels ciutadans d'una població concreta que ho necessiten.

Quina guia hem d'aplicar

Davant la confecció d'una RA, la primera cosa que cal fer és triar la guia de pràctica clínica que aplicarem en cada patologia, ja que s'acostuma a disposar-ne de diverses, com les guies de la societat científica, les dels organismes com l'Agència d'Informació, Avaluació

A Catalunya s'ha adoptat la terminologia de ruta assistencial (RA)

La RA estableix com s'organitzen els professionals en un lloc concret

Estableix també un compromís ètic entre les parts per atendre el malalt

i Qualitat en Salut⁴ o entitats com les de l'Institut Català de la Salut⁵ i per descomptat les internacionals, com les prestigioses del NICE⁶ o altres organismes relacionats amb la qualitat.

Cal dir que a Catalunya, i mentre l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) no presenti les seves recomanacions, s'ha optat per proposar unes guies recomanades per a les patologies i problemes de salut prioritzats que s'han treballat fins ara i que cada equip redactor de cada ruta ha triat.⁷

Com passem de la guia a la ruta

El segon gran tema és com l'adaptem al nostre entorn i a les nostres possibilitats, ja que, tal com fem amb termes com el de necessitat, cal concretar-los sempre en un context determinat i no en abstracte (passar de la Guia a la Ruta). Les RA tenen sentit i caràcter territorial i han de ser dissenyades, implementades i avaluades des d'una òptica local, descrivint el pacte entre aquells professionals que comparteixen els circuits.

Tanmateix, la guia l'hem d'aplicar a la nostra població (població de referència i dins d'aquesta les poblacions diana per temes concrets) per obtenir una millora de l'atenció a les persones que tenen determinades condicions de salut, a través de la cooperació entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i optimització dels circuits assistencials i la promoció de la bona pràctica, tot atorgant el

recurs més adient a la situació evolutiva del pacient.

Aquesta adaptació és la que dona sentit al treball de confecció de les RA i és clau la participació dels professionals en el seu procés de confecció, ja que ells tenen el coneixement teòric i pràctic i saben les possibles dificultats en el maneig dels malalts. Representa un treball de consens i un esforç per redactar sobretot els punts que s'han acordat, ja que no és tan important dir-ho tot, sinó allò que és més important per assegurar el treball final i la seva posterior implementació.

Qui ha de participar en les rutes i qui fa què

S'aconsella que el grup de treball pel consens i redacció de les rutes assistencials ha d'estar compost per clínics reals (els executors i consultats) que representin el dia a dia assistencial on es vol incidir i han de representar tots els estaments, tots els proveïdors i tots els àmbits que intervenen en l'atenció clínica del problema concret de salut. Orientativament es proposa, per exemple, que cada grup sigui col·laborat per un professional (metge o infermera) de primària i un altre d'especialitzat... per considerar totes les facetes o vessants del tema a tractar.

Per implicar tothom, a Lleida hem optat per utilitzar la metodologia RECI i hem descrit les funcions dels responsables dels grups dels projectes (responsables, executors, consultats grups de treball informats per aplicar-ho, més les persones del CatSalut que hi intervenen...)⁸.

Per tant, la ruta és fruit del treball compartit entre professionals de diferents proveïdors sota la tutela del CatSalut, sense que se'n puguin determinar propietats o lideratges exclusius del seu desenvolupament i implantació.

Rutes assistencials per a quins problemes de salut

S'ha començat pels problemes que es marquen com a prioritaris pel Pla de Salut de Catalunya i la seva concreció territorial en el Pla de Salut de la Regió Sanitària Lleida i el de l'Alt Pirineu i Aran per al període 2011-2015 en relació amb els problemes de salut de la nostra societat i el seu abordatge segons determina el Pla de Govern.

Així, dins del conegut esquema del pla de salut actual⁹ es preveu que en la línia 2 es treballin rutes assistencials per 10 Processos Clínics Integrats de major impacte pel que fa a malalties cròniques al país (insuficiència cardíaca, nefropatia i malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma, diabetis mellitus 2, depressió, demències, trastorns mentals severes i greus, càncer, malalties del sistema musculoesquelètic i el dolor crònic).

Així mateix, en la línia d'actuació 3, un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori, es preveuen Plans de Reordenació Territorial per millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre l'Atenció Primària i l'atenció especialitzada, i esmenta diferents problemes de salut emmarcats en les especialitats d'oftalmologia, aparell locomotor, salut mental, dermatologia, urologia i atenció al·lèrgològica, que tracten diferents patologies en les quals de fet es treballaran també diferents rutes assistencials per a diferents patologies.

Dels processos de la línia 2 (Cronicitat) i dels problemes de la línia 3 (Resolució) s'han treballat fins ara les rutes de diabetis mellitus, insuficiència cardíaca, MPOC-asma i depressió, i pel que fa als problemes de salut a reordenar, ja s'han treballat rutes de patologies de l'aparell locomotor (omàlgia, raquiàlgia, fibromiàlgia, artrosi i osteoporosi). També s'han treballat tres grups de problemes de salut relacionats amb l'oftalmologia, com són l'ull vermell, la pèrdua de visió i el cribratge i seguiment de la retinopatia diabètica.

Elements clau a cada RA

Per a cadascuna d'aquestes patologies o problemes de salut es van considerar elements clau del procés (ECP) amb grups d'experts de tot Catalunya per identificar els aspectes més importants que cal assegurar en el maneig de les persones afectades d'una de les malalties cròniques prioritzades. Es tracta d'objectius assistencials concrets relacionats amb aquesta situació clínica i que tenen un major impacte en la salut i la qualitat de vida dels pacients afectats i que hi podem actuar de forma efectiva. Els ECP es poden referir tant a aspectes de maneig clínic com a aquells relacionats a l'àmbit organitzatiu (sistemes de registre, circuits assistencials, organització interna o interrelació entre organitzacions i centres assistencials).

N'hi ha de comuns als diferents problemes de salut, com disposar d'un sistema establert de relació entre professionals com la missatgeria electrònica segura (o mètode equivalent dins del SAP/ECAP o altres plataformes o xarxes de comunicacions) entre diferents serveis i nivells assistencials, per tal de consultar pacients afectats per la patologia o problema de salut concret. Podem enumerar-ne alguns que són significatius:

Per a la diabetis mellitus 2, per exemple, es diu que els EAP han de tenir una infermera i un metge referents d'aquest problema de salut malgrat que tots els professionals han d'estar capacitats per al maneig bàsic de la DM2; accessibilitat a les xifres amb criteris concrets de bon control de l'Hb glicosilada amb una visió individualitzada; accés a càmeres

MOMENT EVOLUTIU	COMENTARIS (Quadre extret del document marc genèric per al disseny de rutes assistencials elaborat pel Programa de Prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC))
Nou diagnòstic	Revisar el procés diagnòstic i les accions que es deriven d'haver-lo fet.
Pacient estable	Establir, de forma orientativa, cada quan ha de ser visitat, on i qui ha de fer els controls mentre la situació clínica pugui ser atesa des dels EAP. Fer una breu referència a les accions per fer en cada visita, emfatitzant aquells àmbits (ex. preventius) que es considerin més importants.
Aguditzacions	Per a cada agudització previsible, determinar: • Si l'agudització pot ser atesa per l'EAP, interconsultar sense necessitat de derivació o ha de ser derivada per via urgent. • El lloc (centre i servei) de derivació i els criteris de derivació a cada centre o servei (CUAP, diferents serveis i nivells hospitalaris a l'abast, etc.). • Les directrius sobre la informació clínica que s'ha d'adjuntar en cas de derivació. Incloure instruccions sobre qualitat dels informes de retorn.
Dificultats de maneig	Identificar les situacions en què calgui interconsultar de forma no urgent altres professionals. • En cada cas, determinar: • Definició clínica bàsica de la interconsulta. • Centre i servei on cal consultar. • Mode de derivació: incloent les interconsultes a altres centres i altres opcions (interconsulta presencial, teleinterconsulta, correu-e, etc.). • Directrius sobre la informació clínica que cal adjuntar • Preferència, entesa com els temps d'espera màxims acceptables en accedir al professional consultat i en disposar d'informació de retorn. Ha d'incloure instruccions sobre les condicions i la qualitat dels informes de retorn.
Planificació d'altres	Establir directrius que es creguin més importants sobre les condicions d'alta de pacients ingressats. Per exemple: antelacions, comunicació interpersonal, comunicació escrita, gestió de cas, conciliacions terapèutiques, etc.
Entorn de complexitat	Descriure el marc general de decisions i maneig quan el pacient està en situació de malaltia complexa o avançada

no midriàtiques per a control de la retinopatia diabètica etc.

Per a la insuficiència cardíaca s'especifica que els pacients que han de rebre una prescripció adequada d'IECA i de betablocadors; accés a l'HCCC amb dades bàsiques i actualitzades del pacient sobre resultats ecogràfics i pautes terapèutiques, etc.

Per a la depressió, que els professionals de tots els nivells han de tenir una orientació integral, uns criteris i uns procediments diagnòstics comuns i expressats a la ruta assistencial corresponent, que han d'estar periòdicament avaluats en la seva qualitat; aplicar un cribratge anual de depressió als pacients amb malalties cròniques (diabetis, IC, MPOC, etc.).

Per a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), cal realitzar espirometries amb qualitat garantida i que els pacients amb MPOC la tinguin feta, diagnòstica i actualitzada; l'ensinistrament en l'ús dels inhaladors; ajustar-se al previst en taxa d'hospitalitzacions

evitables per a MPOC, etc.

Estructura de les RA

Totes les rutes tenen una estructura mínima comuna amb les dades generals: dades de filiació del grup de treball, objectius, criteris d'inclusió i exclusió i un apartat referit al procés d'atenció als pacients en el qual cal especificar com atendre els pacients inclosos en els diferents moments evolutius de la malaltia. Aquesta és segurament la part principal de la ruta.

Així, dins del procés d'atenció cal descriure específicament com s'atenen els pacients en les diferents fases: quan es fa el diagnòstic, quan el pacient encara està estable, quan es descompensa, etc.

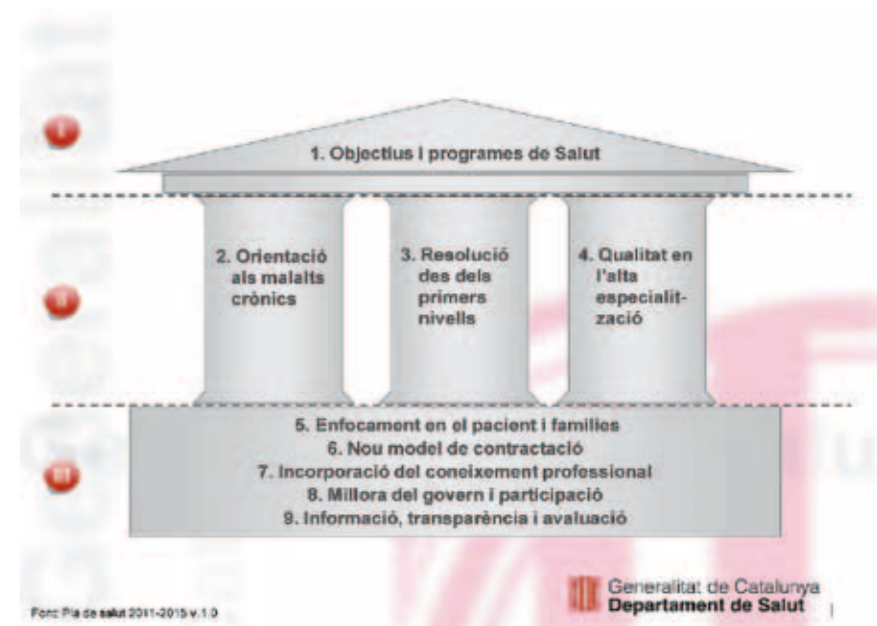
És important fer especial referència en la garantia d'atenció adequada els 7 dies de la setmana, les 24 hores del dia (7x24) i el rol que juguen els diferents professionals en cada moment (sobretot infermeria) les alternatives

assistencials possibles, com ara el pacient expert, els hospitals de dia o altres alternatives a l'hospitalització assistencial, les indicacions de fàrmacs o de mesures no farmacològiques que puguin estar indicades, la prescripció de proves complementàries d'aquells àmbits on aquests temes puguin ser crítics o d'especial interès etc.

Finalment, s'inclouen uns indicadors de com avaluar la pròpia ruta i els seus resultats, així com annexos amb informacions addicionals d'interès que n'amplien el contingut.

Què s'ha fet

Un cop constituïts els grups de treball i triada la guia clínica amb la determinació i consens dels punts crítics que cal revisar, en cada ruta s'ha fet una anàlisi territorial de la situació que en alguns casos ha suposat una reordenació de fluxos, amb la participació de tots els nivells implicats, per garantir l'accés ràpid i de qualitat de les persones als recursos adequats segons la seva situació. Fet el disseny i redactades les rutes, caldrà la implantació progressiva en el seu territori, amb rellevància dels circuits de derivació, desplegament progressiu de les activitats de forma prioritzada i intervencions



assistencials de prevenció i atenció en el territori pactades o negociades amb les entitats que gestionen els serveis.

Les RA milloren la salut dels ciutadans

Està clar que això ho fem per millorar, mitjançant la nostra assistència, els

resultats en salut i qualitat de vida de la nostra població, destinataris finals i motiu de les nostres actuacions. Però també és important que el treball sigui satisfactori per als professionals, ja que és requisit i factor fonamental per als objectius anteriors, com reconeixen tots els models de promoció de la qualitat.¹⁰

ILO Oftalmologia Ho veuràs clar.

Sovint, les persones amb poca visió accepten perdre una gran part de la seva independència sense que això sigui necessari. Generalment, petits canvis en els hàbits de la seva vida quotidiana fan possible reduir els efectes de la pèrdua de visió i consegüentment milloren la seva qualitat de vida.

Dr. Fleming, 14. Lleida
973 245 380
 info@ilooftalmologia.com
 www.ilooftalmologia.com

Prova de la tuberculina Tècnica de Mantoux

La prova de la tuberculina (PT) mitjançant la tècnica de Mantoux es considera el mètode estàndard per determinar si una persona està infectada pel *Mycobacterium tuberculosis*. La prova detecta l'estat d'hipersensibilitat de l'organisme a les proteïnes del bacil tuberculós que s'adquireix després d'una infecció causada pel *M. tuberculosis*. L'administració i la lectura de la PT requereix entrenament, seguir un procediment estandaritzat i una administració i lectura fiable¹⁻³.

Indicacions de la prova

La PT s'ha de realitzar als pacients que presentin un risc d'infecció augmentat respecte a la població general i que puguin beneficiar-se d'un tractament preventiu, o també en aquells pacients en què se sospiti la malaltia tuberculosa (TB). Les principals indicacions serien les següents^{1,2,4}:

1. Persones en contacte amb pacients amb TB pulmonar o laríngia.
2. Persones amb factors de risc per a TB com diabetis, silicosis, corticoteràpia prolongada o tractament immunosupressor, insuficiència renal crònica greu, neoplàsies hematològiques, càncer, gastrectomia, baix pes o infecció pel VIH.
3. Immigrants de països amb incidència elevada de TB.
4. Persones amb lesions radiològiques suggestives de TB antiga.
5. Treballadors o residents d'institucions com hospitals, presons, residències d'avis i centres de deshabitació de toxicòmans.
6. L'embaràs no augmenta el risc d'infecció de TB i la PT no es recomana com una prova de cribratge. Tanmateix, la prova de la tuberculina és segura i fiable en la dona gestant i està indicada en:

- Síntomes suggestius de TB
- Malalties que augmenten el risc de TB
- Infecció pel VIH
- Contacte amb persones amb TB pulmonar o laríngia
- Immigrants d'àrees amb alta incidència de TB

S'ha de tenir present que la PT no està indicada en persones amb una prova positiva prèvia ben documentada.

Administració de la prova

Hi ha diferents mètodes d'aplicació de la prova de la tuberculina, la tècnica

Hi ha diferents mètodes d'aplicació de la prova de la tuberculina

La tècnica recomanada per l'OMS i utilitzada en el nostre entorn és la de Mantoux

La lectura s'ha de fer entre 48-72 hores i es recomana fer-ho de manera molt acurada

recomanada per l'OMS i utilitzada en el nostre entorn és la de Mantoux. La prova es realitza mitjançant la injecció intradèrmica de 0,1 ml de proteïnes purificades derivades de la tuberculina (PPD), que contenen 2U de PPD RT 23, a la pell de la cara anterior de l'avantbraç (Figura 1). La injecció s'ha de fer amb una xeringa de tuberculina amb el bisell de l'agulla cap amunt. La injecció és intradèrmica, just per sota de la superfície de la pell. Si s'administra de forma correcta, immediatament després de l'administració, s'ha d'observar una pàpula cutània de 5-6 mm de diàmetre (Figura 2)^{3,4}. S'ha d'instruir el pacient perquè no es toqui, rasqui o es posi un esparadrap.

Lectura de la prova

La PT, com qualsevol altra prova, és susceptible de presentar variabilitat a causa de la tècnica d'administració i lectura, per això es recomana una atenció curosa als detalls de la prova.

La lectura s'ha de fer entre 48-72 hores. Si hi ha hagut reacció a la prova, aquesta es detecta per una zona d'eritema, i una altra d'induració, habitualment més petita, que es detecta per inspecció i palpació. S'ha de valorar únicament la induració (Figura 3). Per reduir la variabilitat de la mesura s'han de marcar les vores d'aquesta induració mitjançant la tècnica del bolígraf (*ballpoint*), que consisteix a avançar amb un bolígraf des de la zona més

externa d'un dels costats de la induració fins a trobar-hi la vora i repetir el mètode per l'altre costat. Posteriorment, s'ha de mesurar el diàmetre en mil·límetres a l'eix transversal del braç i registrar-ne el valor (Figura 3). En cas d'absència d'induració, s'ha de registrar com a "zero" o negativa^{3,4}.

Si el pacient no retorna a les 72 hores, se l'hauria de programar per fer de nou la prova.

Interpretació del resultat de la prova

El resultat de la PT pretén detectar els individus que estan infectats per *M. tuberculosis*. La interpretació de la prova depèn de tres factors: a) La mesura en mil·límetres de la induració; b) El risc personal d'estar infectat de TB, i c) El risc de progressió d'infectat a malalt.

El lliardar per a la positivitat és difícil d'establir perquè la reacció de la tuberculina no té una validesa absoluta^{4,7}. En el nostre entorn, sobre la base que la infecció per micobacteris atípics no és abundant i que hi ha hagut molts individus vacunats amb BCG, s'han acceptat els criteris del document de Consens per al Control de la Tuberculosi a Espanya⁵. D'aquesta manera, es recomana utilitzar per al diagnòstic de la infecció tuberculosa una induració igual o superior a 5 mm de diàmetre, excepte en els vacunats amb BCG, en els quals la induració es considera positiva quan és igual o superior a 15 mm. Tanmateix, en els vacunats que són contactes íntims de malalts bacil·lífers també es consideren positives les PT a partir de 5 mm⁵.

L'especificitat de la prova és el percentatge de persones no infectades que presenten la prova negativa. Els resultats falsos positius disminueixen l'especificitat. Tant la infecció per micobacteris ambientals com la vacunació amb BCG poden produir falsos positius que no es poden diferenciar de la positivitat causada per la infecció per *M. tuberculosis*. Tanmateix, les induracions que produeixen són d'intensitat petita (inferior a 10 mm)⁶.

La sensibilitat de la prova tampoc és absoluta i hi ha determinades circumstàncies que poden provocar un resultat fals negatiu. Respecte al propi pacient estudiat, cal valorar totes les situacions que poden generar un estat de déficit en la immunitat cel·lular. També poden produir resultats falsos negatius factors relacionats amb la tuberculina (emmagatzematge inadequat o desnaturalització química) i factors relacionats amb la seva administració (mètode d'administració i lectura).

Reaccions falses positives

Alguns pacients poden presentar PT positives malgrat no estar infectats per

Figura 1. Prova de la tuberculina

- Prova de la tuberculina administrada per injecció intradèrmica
- Tuberculina elaborada a partir de proteïnes derivades del bacil tuberculós inactivat
- La majoria de les persones infectades presentaran una induració en el lloc de la injecció



Xeringa carregada amb 0.1 ml de tuberculina

Figura 2. Prova de la tuberculina - Tècnica de Mantoux

Injecció intradèrmica de 0,1 ml de 2 U de tuberculina RT 23 a la pell de l'avantbraç



Figura 3. Prova de la tuberculina - Tècnica de Mantoux

- La lectura s'ha de fer a les 48-72 hores
- La reacció és un àrea indurada al voltant del punt de la injecció

– La induració es mesura en mil·límetres

– Eritema (envermelliment) no té cap valor i no es mesura



Mesurar únicament induració

M. tuberculosis. Les causes dels falsos positius poden ser^{4,7}:

- Infeccions per micobacteris no tuberculosos
- Vacunació amb BCG
- Hematoma local
- Infecció piògena local
- Administració incorrecta de la prova
- Interpretació incorrecta de la reacció
- Utilització d'una dosi inadequada d'antigen

Reaccions falses negatives

Algunes persones poden no reaccionar a la PT malgrat estar infectades per *M. tuberculosis*. Les causes dels falsos negatius poden ser^{4,7}:

- Anèrgia cutània (incapacitat de reaccionar per debilitat del sistema immunitari)
- Infecció TB recent (primeres vuit i deu setmanes després de l'exposició)
- Infecció TB molt antiga (molts anys)
- Infecció TB en els menors de 6 mesos
- Vacunació recent amb vacunes vives atenuades (febres groga, xarampió, rubèola, parotiditis, varicel·la, pòlio oral, tifoide oral -TY21a-, BCG). La PT es pot administrar el mateix dia de la vacunació, sinó, s'ha de posposar sis setmanes.
- Malaltia TB disseminada
- Malalties virals (per exemple, xarampió o varicel·la)
- Mètode incorrecte d'administració
- Interpretació incorrecta de la reacció

Contraindicacions de la prova

Pràcticament no existeixen. La PT estaria contraindicada únicament en persones que han tingut una reacció greu a una prova prèvia (per exemple, necrosis, formació de butllofes, xoc anafilàctic o ulceracions). No està contraindicada en nens, embarassades, infectats pel VIH o vacunats amb BCG.

Administració repetida de la prova. Conversions

En general, no hi ha un risc associat a repetir la PT. Si una persona no retorna per fer la lectura de la PT a les 72 hores, es pot administrar una segona prova tan aviat com sigui possible. No hi ha cap contraindicació per repetir la prova, excepte en els casos de reaccions greus a proves prèvies. Tanmateix, la PT no estaria indicada en pacients amb proves positives prèvies.

La PT també s'ha de repetir sistemàticament en les persones exposades en un estudi de contactes que inicialment han presentat una prova negativa si no han transcorregut més de deu setmanes des de la darrera exposició. Això es deu al fet que la PT pot tardar fins a deu setmanes a fer-se positiva després de la infecció^{4,7}.

Les conversions són les proves que han canviat de negatives a positives en els darrers dos anys. En general es demana un increment de la induració de 6 mm entre les dues proves (10 mm en vacunats amb BCG). Les conversions tenen molt interès perquè indiquen una infecció recent^{4,7}.

Reacció d'empenta

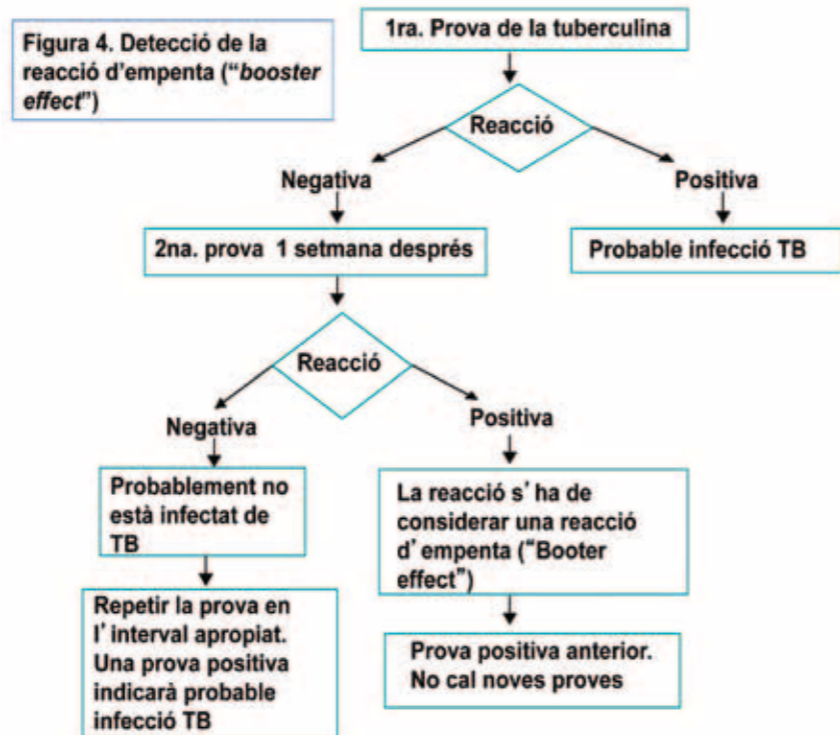
La capacitat per reaccionar a la PT disminueix amb el pas del temps en algunes persones infectades amb *M. tuberculosis*. Aquestes persones, uns anys després de la infecció, especialment els majors de 65 anys, poden presentar falsos resultats negatius a la PT. Tanmateix, la PT pot estimular el seu sistema immunitari i induir en les proves posteriors una reacció positiva (reacció d'empenta o reacció *booster*). Aquest efecte d'empenta es pot detectar si es repeteix la PT al cap d'una setmana en una persona amb una PT negativa. El resultat de la segona tuberculina és el que té valor (Figura 4). Detectar l'efecte d'empenta és útil per diferenciar les infeccions passades de les infeccions recents o conversions⁴. Altrament, repetir la PT en persones que no tenen immunitat prèvia, per no estar infectades ni vacunades, no indueix la positivitat de la prova.

Vacunació prèvia amb BCG

La vacunació amb el bacil de Calmette-Guérin (BCG) és una vacuna atenuada a partir d'una soca de *M. bovis* que s'utilitza en molts països per prevenir la TB. Tot i que s'han vacunat milions de persones a tot el món, la seva efectivitat és controvertida. La vacuna podria prevenir les meningitis i les formes disseminades en els nens, però no ofereix protecció contra la TB pulmonar en nens ni adults.

A Catalunya i a Lleida es van vacunar sistemàticament els nadons i nens escolaritzats des de mitjans de la dècada dels 60 fins a l'any 1974. Després, fins al 1980 només es va vacunar esporàdicament, i a partir d'aquest any, les persones nascudes al nostre país no han estat vacunades. Les reaccions a la PT en els vacunats amb BCG no s'ha d'assumir que es deuen a aquesta vacuna per tres motius: 1) La taxa de conversió de la PT després de la vacuna BCG és molt inferior al 100%; 2) La mitjana de les reaccions degudes al BCG són inferiors als 10 mm, i 3) La sensibilitat deguda al BCG disminueix amb el pas del temps.

No hi ha un mètode fiable per distingir les reaccions degudes al BCG de les causades per la infecció natural, però es recomana considerar les reaccions iguals o superiors a 5 mm com a "positives" en els contactes íntims dels malalts bacil·lífers i també en tots els pacients a partir de 15 mm. Actualment



Actualment es recomana utilitzar les noves tècniques diagnòstiques com els IGRA per confirmar els resultats i descartar falsos positius

es recomana utilitzar les noves tècniques diagnòstiques com els IGRA per confirmar els resultats i descartar els falsos positius⁸⁻¹⁰.

Pere Godoy

Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública
Cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica de Lleida
Agència de Salut Pública de Catalunya

BIBLIOGRAFIA

- American Thoracic Society and CDC. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. (PDF) Am J Respir Crit Care Med 2000; 161.
- CDC. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. MMWR 2005; 54 (No. RR-17).
- CDC. Mantoux Tuberculin Skin Test: Training Materials Kit (2003).
- CDC. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. MMWR 2000; 49 (No. RR-6).
- Alseda M, Ferrer A, Follia N, Parron I, Pumarés A, Podés A. Protocol per a la prevenció i el control de la tuberculosi. Barcelona: Departament de Salut. Documents de Vigilància Epidemiològica. 2008.
- Farhat M, Greenaway C, Pai M, Menzies D. False-positive tuberculin skin tests: what is the absolute effect of BCG and non-tuberculous mycobacteria? Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Nov;10(11):1192-204.
- Godoy P, Torres J, Otal J, Gort A, Bach P, Falguera M. Contact investigation according to concentric circles in a case of laryngeal tuberculosis. Gac Sanit. 2012 Nov 30. doi:pii: S0213-9111(12)00303-2. 10.1016/j.gaceta.2012.10.006.
- Wolf T, Goetsch U, Oremek G, Bickel M, Khaykin P, Haberl A, Bellingier O, Gottschalk R, Brodt HR, Stephan C. Tuberculosis skin test, but not interferon- γ -releasing assays is affected by BCG vaccination in HIV patients. J Infect. 2012 Nov 15. doi:pii: S0163-4453(12)00338-6. 10.1016/j.jinf.2012.11.004.
- Shah M, Miele K, Choi H, Dipietro D, Martins-Evora M, Marsiglia V, Dorman S. QuantiFERON-TB gold in-tube implementation for latent tuberculosis diagnosis in a public health clinic: a cost-effectiveness analysis. BMC Infect Dis. 2012;12(1):360.
- Machingaidze S, Verver S, Mulenga H, Abrahams DA, Hatherill M, Hanekom W, Hussey GD, Mahomed H. Predictive Value of Recent QuantiFERON Conversion for Tuberculosis Disease in Adolescents. Am J Respir Crit Care Med. 2012 Nov 15;186(10):1051-6. doi: 10.1164/rccm.201206-1134OC.



Suplementos en el embarazo

La gestación es un proceso fisiológico en la vida de muchas mujeres en el que las necesidades nutricionales suelen verse aumentadas.

El aporte de nutrientes en nuestro medio, tanto los energéticos como los no energéticos, se puede garantizar a través de la dieta. A pesar de todo, los actuales estilos de vida no suelen garantizar, por normal general, un estado óptimo de ciertos micronutrientes. Es por esto que, junto con la evidencia científica existente, que demuestra la disminución del riesgo en distintas enfermedades, se justifica el aporte a través de preparados farmacéuticos.

La suplementación de algunos micronutrientes, ya desde la etapa preconceptual, se considera plenamente aceptada en obstetricia para garantizar el correcto desarrollo del embrión y el posterior mantenimiento de las funciones vitales del feto, procurando disminuir o evitar el riesgo de malformaciones fetales.

Pero, ¿se deben suplementar todos y a todas las mujeres? ¿Cuándo se debe iniciar la suplementación? ¿Qué

¿Se deben suplementar todos los micronutrientes y a todas las mujeres embarazadas?

¿Cuándo se debe iniciar la suplementación?

¿Qué micronutrientes son más necesarios para el correcto desarrollo del embrión y del feto?

Ácido fólico o vitamina B9

Vitamina hidrosoluble del grupo de las vitaminas B cuya función principal es la síntesis de proteínas y ADN. El embarazo es una de las etapas con mayores requerimientos, sobre todo en el primer trimestre de gestación, por la formación del embrión.

Aunque su deficiencia es muy rara, el aporte a través de suplementos está justificado por la disminución de defectos del tubo neural (DTN). Entre ellos destaca el síndrome de espina bífida, con manifestaciones que van desde las malformaciones aisladas de columna vertebral a los meningoceles, o defectos más graves e incompatibles con la vida como la anencefalia.

Las dosis recomendadas que han demostrado disminución de la incidencia de defectos congénitos son de 0,4 mg/día en mujeres sin riesgo y de 4 mg/día para las mujeres con antecedentes de gestaciones con DTN o de riesgo. Según la OMS y la SEGO, se recomienda el aporte extra como suplemento a todas las mujeres desde la etapa preconceptual (se aconseja un mes antes del inicio de la búsqueda)

micronutrientes son más necesarios? Este artículo tiene como objetivo hacer una revisión sobre la necesidad de los micronutrientes durante la gestación y su repercusión en los resultados perinatales y maternos.

del embarazo), ya que no se puede garantizar su total ingreso a través de la dieta. Hasta las doce semanas de gestación, el aporte debe ser diario e ininterrumpido, ya que es la única forma de asegurar las cantidades necesarias.

A pesar de ello, es necesario saber cuáles son los alimentos ricos en ácido fólico: vegetales verdes, yema de huevo, champiñones, legumbres, frutas, aguacates y frutos secos como las nueces.

Hierro

Micronutriente esencial imprescindible para el transporte de oxígeno en sangre, pues forma parte de la hemoglobina.

Suele ser bastante común la disminución de la hemoglobina en la mujer gestante, sobre todo en el segundo y el tercer trimestre. Esto se debe, por una parte, a la hemodilución que sucede en el embarazo por aumento del volumen plasmático, y, por otra, a las necesidades propias del feto y la placenta, aparte de las propias maternas.

Se considera anemia del embarazo cuando los niveles de hemoglobina son inferiores a 11,0 g/dl durante el primer y el tercer trimestre o cuando es menor a 10,5 g/dl en el segundo trimestre. En mujeres no gestantes, el valor de referencia es de 12 g/dl.

Las repercusiones de la anemia ferropénica en el embarazo sobre el feto son la prematuridad, el bajo peso al nacer y una mayor mortalidad perinatal. Asimismo, se asocian bajos rendimientos cognitivos y afectación del desarrollo físico.

La SEGO recomienda asegurar, desde el inicio de la gestación, una ingesta profiláctica diaria de 30 mg/día a toda mujer embarazada a través de la dieta. A partir del segundo trimestre, se recomienda el suplemento en dosis bajas en mujeres sin antecedentes de ferropenia. La OMS y la CDC recomiendan la suplementación universal desde el primer trimestre.

Algunos alimentos ricos en hierro son las almejas y los berberechos, las vísceras como el hígado (no recomendables durante el embarazo), las carnes rojas, las legumbres y los vegetales de hoja verde como acelgas y espinacas.

Si se toma suplemento de hierro, se recomienda hacerlo en ayunas y con un medio de transporte ácido, como el zumo de naranja, pues facilita su absorción. Si se toma con leche o té, disminuye su absorción.

Yodo

Micronutriente imprescindible para la síntesis de hormonas tiroideas que intervienen en la función metabólica, especialmente en el desarrollo cerebral durante la primera mitad del embarazo.

Las repercusiones del déficit de yodo se expresan en abortos de repetición, retraso de crecimiento, retraso mental y cretinismo, entre otros, siendo el daño en el desarrollo cerebral y neurológico fetal el resultado más pernicioso e irreparable.

Puesto que en España no hay obligatoriedad de yodar la sal común, como sí sucede en otros países como Estados Unidos, nuestro país es una zona con yododeficiencia. Por ello, el requerimiento de yodo es de 150 mcg/día en la población adulta sana y alcanza los 250 mcg/día si se trata de una mujer embarazada o de un lactante.

Tanto la OMS como la UNICEF recomiendan el suplemento de yodo diario a toda mujer embarazada con un aporte de 200 mcg/día, independientemente de la ingesta de sal yodada o de otros alimentos ricos en yodo.

Los alimentos ricos en yodo son todos los que provienen del mar, como pescados, mariscos y crustáceos, frutas como las moras y la piña, las nueces, verduras como la remolacha, las judías verdes, la cebolla y el ajo, legumbres como las habas secas y la soja en grano, y el huevo.

Vitamina B12

Vitamina hidrosoluble que requiere del factor intrínseco para ser absorbida. Necesaria para la replicación celular y el correcto funcionamiento del sistema nervioso.

Las consecuencias principales del déficit de vitamina B12 son la anemia megaloblástica, trastornos nerviosos y alteraciones gastroenterológicas como la glositis o la diarrea. En algunos casos se ha podido relacionar su déficit con un mayor riesgo de DTN o abortos. Es importante saber que la escasez de esta vitamina en el organismo puede condicionar la correcta absorción de folato funcional. Podría ser el caso de gestantes veganas o vegetarianas estrictas si no se suplementa.

Las necesidades diarias están alrededor de 2,6-3 mcg/día. Los alimentos más ricos en esta vitamina son las carnes, los pescados, los mariscos, los huevos y, en menor cantidad, la leche.

Calcio

Mineral que interviene en el mantenimiento de los huesos, la transmisión del impulso nervioso, la excitabilidad neuromuscular y la coagulación sanguínea como funciones más importantes.

No obstante, las necesidades no se ven aumentadas durante el embarazo y la cantidad es la misma que para una mujer no gestante, 1.000 mg/día. Sin embargo, se debe mencionar que la absorción a nivel intestinal es mayor a la del adulto sano para procurar así los requerimientos necesarios para la formación ósea fetal.



No se recomienda la suplementación profiláctica. La dieta rica en productos como la leche y los derivados lácteos, pescados como los boquerones o las sardinas, frutos secos como las almendras y las verduras, y las legumbres aseguran un aporte suficiente de calcio en la gestante.

Otros micronutrientes de interés

Vitamina A: vitamina liposoluble, por lo tanto, tóxica por acumulación, que no precisa su suplementación en nuestro medio. La ingesta es suficiente para

las necesidades diarias. Su exceso puede causar teratogenicidad como malformaciones renales y del SNC.

Vitamina D: un déficit causaría raquitismo en el niño y osteomalacia en el adulto. Actualmente, con la dieta y la exposición solar, la principal fuente de vitamina D, no es necesario suplementar.

Zinc, cobre y fósforo: sustancias necesarias para el normal funcionamiento de biocatalizadores o para la producción de ATP. En nuestro ambiente no se consideran deficitarios, por lo que no se recomienda su suplementación

universal. Son alimentos ricos en zinc las ostras, el germen de trigo y los cereales integrales, entre otros. Encontramos cobre sobre todo en cereales, en todas las legumbres y en frutos y frutos secos. Para aumentar el aporte de fósforo se deben comer lácteos y derivados, pescados, carnes, muchos cereales, frutas y verduras.

Otras vitaminas y ácidos grasos: todas las del grupo B, la C y las liposolubles o ácidos grasos como el omega-3 y el omega-6 son necesarios en cantidades parecidas al adulto sano si se trata de una gestante sin riesgo

aparente.

Situaciones especiales

Se considera situación dietética especial en el embarazo el caso de gestante vegetariana, cualquiera que sea su grado. No se ha podido llegar a una conclusión definitiva sobre niveles óptimos de suplementación, pues depende mucho del tipo de dieta y del tiempo de seguimiento de esta. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el exceso de cereales, habitual en este tipo de dietas, puede interferir en la absorción de nutrientes esenciales como el hierro. El conocimiento individual de la dieta en la gestante vegetariana es uno de los pilares fundamentales que puede garantizar niveles correctos de micronutrientes.

Después de tener en cuenta todas estas consideraciones, y según una revisión de la Biblioteca Cochrane de 2008 sobre la conveniencia de administrar suplementos de micronutrientes múltiples a las gestantes, se concluye que no hay evidencia de beneficios adicionales en los resultados perinatales entre las mujeres que toman suplementos de hierro y ácido fólico en comparación con las mujeres que toman suplementos múltiples.

Así pues, cada caso debe tomarse en consideración y se debe saber cuando se debe suplementar con hierro, ácido fólico y yodo o con un compuesto múltiple de micronutrientes en el caso de severas deficiencias.

Laura Espart Herrero
Matrona residente de 2º en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

BIBLIOGRAFÍA

López Rodríguez MJ, Sánchez Méndez JI, Sánchez Martínez MC, Calderay Domínguez M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34:117-128.

Haider BA, Bhutta ZA. Suplementos de micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

American College of Nurses-Midwives. Staying healthy on a vegetarian diet during pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2008. Volume 53. Nº1.

Organización Mundial de la Salud. Administración semanal de suplementos de hierro y ácido fólico a mujeres en edad reproductiva: importancia en la promoción de una óptima salud materna e infantil. 2009. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/weekly_iron_folicacid_es.pdf

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anemia y embarazo. Octubre 2008.

Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Incapacitat Laboral

Assegurança de Renda per Baixa + Renda per Invalidesa

Perquè hi ha **moments**
en què els metges
també necessitem
que ens cuidin.



L'Assegurança d'Incapacitat Laboral li garanteix una renda mensual fins als 70 anys amb unes cobertures molt avantatjoses respecte a la d'altres entitats:

- **Malaltia, accident, intervenció quirúrgica, complicacions durant la gestació i invalidesa.**
- **Hospitalització** i a partir del tercer dia, amb una prestació que duplicarà la indemnització contractada durant el primer mes de baixa.
- **Permís de maternitat**, tant en cas de part, adopció o acollida per un període màxim de 16 setmanes.
- **Permís de paternitat**, per un període màxim de quinze dies.
- **Naixement, adopció d'un fill o acolliment** es pagarà una renda de quatre dies.
- **Defunció** del cònjuge, parella de fet, d'un familiar de primer grau per consanguinitat o afinitat es pagarà una renda de quatre dies.
- I a més amb una **desgravació fiscal de fins al 100% en l'IRPF.**

901 215 216

www.mutualmedica.com



infomutual@mutualmedica.com



[@MutualMedica](https://twitter.com/MutualMedica)



MutualMédica

la mutualitat dels metges