Recull'15

APSalut. El butlletí científic de la Unitat Docent UDACEBA

Ens plau presentar-vos el recull de tots els articles de l'APSalut publicats durant l'any 2015

L'AP Salut és una publicació trimestral de la Unitat Docent d'ACEBA que es va iniciar el gener del 2013, amb l'objectiu de generar coneixement i continguts d'interès als residents de Medicina i d'Infermeria, tutors i col·laboradors de la Unitat Docent. És oberta, gratuïta i s'envia en format de butlletí electrònic a la comunitat UDACEBA.

L'AP Salut tracta temes d'interès i actualitat vinculats a l'Atenció Primària, l'autogestió, la pràctica clínica, les TIC en salut, la formació de professionals sanitaris i la recerca. Tots els nostres articles estan elaborats amb l'expertesa i rigor del nostre Comitè Editorial i del Consell Assessor per tal d'esdevenir una eina de coneixement aplicable en la tasca diària dels professionals santiaris.

Celebrem poder compartir la feina feta durant l'any 2014 i desitgem continuar sent una font d'informació útil i d'interès per als professionals de la salut.

Exemplars publicats l'any 2015

Volum 3 Número 1 – Gener 2015
Volum 3 Número 2 – Abril 2015
Volum 3 Número 3 – Juny 2015
Volum 3 Número 4 – Octubre 2015

Normes de publicació de publicació:
http://www.udaceba.cat/ca/apsalut/normes-de-publicacio.htm

Atenció al lector: udaceba@aceba.cat

Categories temàtiques

Editorials

Temes Clínics

Casos Clínics

Salut Comunitària

Autogestió

Docència

Recerca i Coneixement

Noves Tecnologies

Humanitats

SUMARI

udaceba
UNITAT DOCENT

COMITÈ EDITORIAL

Albert Casasa
Metge de familia EAP Sardenya i Cap d'estudis UDACEBA

Àngels Ballarín
Metgessa de família EAP Osona Sud-Alt Congost i tutora rural UDACEBA

Araceli Bergillos
Secretaria UDACEBA

Gemma Rovira
Metgessa resident EAP Sardenya

Marta Coderch
Metgessa de família EAP Sardenya i tutora UDACEBA

Laura Aranalde
Comunicació UDACEBA

COMITÈ ASSESSOR

Carles Brotons
Cap de la Unitat de Recerca EAP Sardenya

Gemma Férriz
Metgessa de família i Coordinadora Docent EAP Sagrada Família

Mariano de la Figuera
Metge de família i coordinador docent EAP Sardenya

Roger Codinachs
Metge de família i Coordinador Docent EAP Vic

Sílvia Zamora
Metgessa de família i Coordinadora Docent EAP Dreta de l'Eixample

ISSN 2385-4901

Reservats tots els drets. Aquesta publicació no pot ser reproduïda sense el consentiment d'UDACEBA

Editorials
Novetats MIR-IIR 2015 i Atenció Familiar i Comunitària
Atenció a la Cronicitat i Ètica
El preu de la docència
Apèndix.cat, docència en xarxa

Temes Clínics
Repàs a la Síndrome de Down
Eficàcia de l'auto-mesura de pressió arterial com a mètode diagnòstic d'hipertensió en Atenció Primària
Diagnòstic de l'anòsmia a l'Atenció Primària

Casos Clínics
Fractura patològica al context d'osteoporosi. Posteriorment a la densitometria patològica. Seguim buscant?
Quelcom més que una simple apendicitis...
Favisme
El síndrome confusional en ancians

Salut Comunitària
Ser pobre perjudica seriosament la salut

Docència
Rotació externa a Moçambic

Recerca i coneixement
Do not do: Prescripcions inadequades a pacients d'edat avançada des de l'Atenció Primària
Auto-mesura de la pressió arterial en l'Atenció Primària
Estudio de cohortes retrospectivo en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con bifosfonatos durante más de 10 años

Noves tecnologies
Addicció a les noves tecnologies. Senyals d'alerta

Noves tecnologies i autogestió
Les TICs com a eina de suport a l'atenció pediàtrica. L'experiència i els projectes de Pediatria dels Pirineus

Humanitats
Introducció a l'Antropologia de la Salut. Antropologia Mèdica: una mirada a la medicina

Novetats MIR-IIR 2015 i Atenció Familiar i Comunitària

Albert Casasa. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

El dissabte 31 de gener de 2015 es farà l'examen d'aquest any. Pel que fa als Metges Interns Residents (MIR) augmenta un 4,3% el nombre de metges aspirants a les places convocades:

Un total de 12.199 titulats en Medicina aspiren aquest any a una de les 6.102 places (47 places menys que l'any passat).

Per a les 959 places d'Infermers Interns Residents (IIR) es presenten un total de 16.137 aspirants.

Entre les novetats d'enguany hi ha una convocatòria única per a totes les titulacions.

L'examen d'Infermeria augmenta les preguntes a 200 i la durada serà de 4 hores i mitja. La nota de tall serà del 35% en totes les titulacions.

UDACEBA ofereix 8 places de Medicina de Família i Comunitària i 2 places d'Infermeria Familiar i Comunitària.

Les 8 places MIR es repartiran entre els 4 centres acreditats (a Barcelona, l'EAP Dreta de l'Eixample, l'EAP Sagrada Família i l'EAP Sardenya i a Vic l'EAP El Remei), i les 2 d'IIR aniran al mateix centre.

Històricament la Medicina de Família no és una de les especialitats escollides en primer lloc pels candidats MIR. Segons algunes enquestes realitzes a estudiants és una de les 3 especialitats preferides, però com a segona opció. Això fa que a la pràctica sigui de les darreres especialitats a tenir en compte.

Molts factors hi influeixen (El Metge Digital.cat / article MIR 2014 MedFam: debilitats i fortaleses)

Tanmateix l'Atenció Primària de salut continua sent el destí final de la majoria de professionals de la salut. I és un lloc excepcional per desenvolupar coneixements i habilitats: es trobaran amb la possibilitat d'adquirir una visió holística de la persona, on la malaltia s'entén com un element relacionat amb tot el que li passa a l'individu en el context de la comunitat. Es fa prevenció, curació i pal·liació, s'acompanya als pacients en els seus successos vitals, en el dolor, en la cronicitat i també en els moments feliços.

A UDACEBA volem transmetre aquest entusiasme.

Citació
Autor: Casasa, Albert
Títol article: Novetats MIR-IIR 2015 i Atenció Familiar i Comunitària
Revista: APSalut. Volum 3. Número 1. Article 40
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id25/en-memoria-del-dr-albert-jovell.htm
Data: 2 de gener de 2015

Atenció a la cronicitat i ètica

Sílvia Zamora. Coordinadora docent EAP Dreta de l'Eixample

Arran de la implantació del Programa d'Atenció a la Cronicitat, s'ha generat un debat sobre el transfons ètic d'aquest pla tant entre els professionals de l'Atenció Primària com en diverses institucions.

Així doncs durant el 2014 s'han publicat diversos documents centrats en la vessant ètica d'aquest programa per part del grup d'Ètica de la CAMFiC (1,2) el Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya (3) i el COMB (4) entre altres.

Crec que plantegen reflexions molt interessants que ens poden ajudar a definir la nostra posició en el debat generat. En aquest article no pretenc donar la meva opinió, sinó fer-vos un resum dels seus anàlisi des de la perspectiva de la bioètica, tot i que la meva recomanació és la lectura directa dels documents.

Abans d'entrar en temes purament ètics, val a dir que aquest programa s'ha viscut com una manera de menystenir l'Atenció Primària per part d'alguns sectors professionals. Donat que l'Atenció a la Cronicitat sempre ha estat un clàssic de l'assistència primària, per a alguns aquest programa que es presenta com a novetat és fruit del desconeixement de la tasca assistencial desenvolupada fins ara pels professionals de l'Atenció Primària, centrada en la continuïtat assistencial, en la proximitat especialment en el malalt crònic i en altres. És per això que alguns fins i tot viuen aquest programa com una amenaça al rol de referent del metge/infermera de família donada la introducció de professionals aliens (infermers gestors, metges específics per a domicilis) quan el pacient és inclòs en el Programa d'Atenció a la Cronicitat. També s'alerta del risc de desresponsabilització.

És per això que des del grup d'Ètica de la CAMFiC es reivindica que abans d'implantar noves maneres de fer es promogui molt més el rol de l'Atenció Primària en salut, que s'ha demostrat més proper, menys medicalitzador i més eficient.

El programa d'Atenció a la Cronicitat ha estat presentat per a la seva avaluació, a més del Comitè de Bioètica de Catalunya, als comitès d´ètica assistencial de les següents institucions: Hospital Universitari de Bellvitge, Consorci Hospitalari de Terrassa, Hospital de Sant Joan de Déu/Sant Boi, Hospital de Sant Rafael i SARquaviatae. Tots els comitès han manifestat la seva conformitat amb la nova proposta assistencial i amb els aspectes ètics, aportant reflexions i consideracions que han estat incloses en el model.

Anàlisi Bioètica del Programa d'Atenció a la Cronicitat

1. Principi d'Autonomia. Consentiment informat i Confidencialitat
La inclusió en qualsevol programa assistencial, igual que en qualsevol tractament o cura, requereix donar tota la informació adient i demanar el consentiment del pacient.

La informació haurà d'incloure que la incorporació a aquest programa, la identificació del pacient com a PCC o Maca va associada a un maneig compartit de dades personals entre diverses institucions. Aquest sistema d'informació compartida, fonamentalment mitjançant l'HCC, probablement no entra dins de les expectatives del cercle de confidencialitat que imagina un pacient que consulta amb un professional. Li hem d'explicar qui, com i per què tindrà accés a les seves dades. Això inclou no només aquest programa sinó l'assistència quotidiana a tots els pacients.

Tots els professionals sanitaris implicats en l'atenció al pacient han de mantenir el respecte a la confidencialitat en la gestió de les dades personals.

Si un dels objectius del programa és incorporar la persona a la planificació anticipada de decisions és obvi que ha de conèixer la seva situació i els possibles esdeveniments. El pacient ha de conèixer l'etiqueta PCC o Maca, però el procés de comunicació no s'ha de centrar en el nom, sinó en la seva situació física, psicològica, espiritual i social, i en les seves necessitats. Això permetrà la realització d'una planificació anticipada de cures tenint en compte les seves preferències i valors, i respectant la seva autonomia. Fer participar a les persones properes en la planificació anticipada de l'atenció, sempre amb el consentiment de la persona malalta, ajuda a que les decisions acordades siguin respectades.

Si és el cas, cal informar que l'entrada a aquest programa inclou l'atenció per un servei aliè al seu metge/infermera i demanar el seu consentiment.

Cal informar que el pacient té dret a rebutjar el model i del compromís de respectar la seva decisió.

2. Principi de No Maleficiència
Les principals reserves ètiques podrien venir del risc d'interpretació de l'etiqueta Maca en un sentit massa nihilista i abstencionista, quan l'objectiu teòric és totalment el contrari: oferir un pla d'intervenció individualitzat i adequat a les necessitats integrals de la persona.

Aquest risc es podria donar en equips poc motivats o que no hagin entès el programa. Les decisions en aquests contexts no són fàcils, tenint un paper molt important l'habilitat clínica i la condició humana.

Cal que quedi clar que decidir conjuntament amb el pacient no aplicar o retirar una teràpia curativa, no suposa en cap cas un abandonament del pacient. Les persones en aquestes situacions solen tenir moltes altres necessitats que han de ser satisfetes.

Cal recordar que, amb consensos ètics i lleis a la mà, l'adequació terapèutica (inclòs quan inclogui no actuar), sempre que sigui fruit del consens entre l'equip assistencial i el malalt o el seu representant, si s'escau, és una bona praxi.

La perspectiva pal·liativa no significa que tot abordatge del pacient sigui exclusivament pal·liatiu. Depèn del problema i del context. S'ha d'evitar la concepció "tot o res" totalment dicotòmica entre curació o pal·liació, que només té sentit en escenaris de final de vida.

Per altra banda, l'aplicació del programa segur que generarà un augment de la detecció de persones amb necessitats especials i per tant posarà al descobert més carències en seguiment, suport, planificació... Això podria portar a argumentar que no cal detectar perquè la rigidesa del sistema sanitari no pot donar resposta a aquestes carències. Però el reconeixement de la fragilitat ja canvia sensibilitats i actituds, que com a mínim disminuirien la iatrogènia d'algunes activitats assistencials: polifarmàcia, efectes adversos, estades hospitalàries evitables, infeccions hospitalàries...

3. Principi de Justícia

Crear un sistema d'accés preferencial en funció d'una determinada etiqueta pot suposar un greuge per a altres pacients sense etiqueta que en un moment determinat necessiten atenció preferent o urgent.

El programa no inclou els pacients pediàtrics amb malalties complexes. Des del principi de la justícia això es podria entendre com una discriminació.

S'ha parlat de la potencial suspicàcia que pot crear la paraula "marca" o "etiqueta" en atenció a la salut (estigma, discriminació, despersonalització, etc.)

L'aplicació de l'escala Necpal suposa una discriminació? No, si ajuda a percebre necessitats diferents en un conjunt homogeni. Si que suposaria discriminació si impliqués un tracte desigual no justificat.

Estigmatització? Per evitar l'estigmatització, darrere de l'etiqueta sempre hi ha d'haver un pla d'intervenció individualitzat, un pla de cures anticipades i una atenció compartida. Així s'evita que els termes PCC, MACA, Necpal + esdevinguin termes buits.

4. Principis Europeus

A la dècada dels 90 sorgeix una corrent al Sud d'Europa i als països mediterranis on la bioètica ve més marcada per l'equitat que per l'autonomia. Dins d'aquesta corrent hi ha la Declaració de Barcelona on es propicien un nous principis que venen a completar els bàsics ja coneguts. Aquests "Principis Europeus" són: *Vulnerabilitat, Dignitat o Integritat.*

-*Vulnerabilitat*: la susceptibilitat al dany augmentada és una de les característiques dels pacients amb malaltia crònica avançada. Són pacients especialment fràgils biològicament i emocional o espiritualment. Aquesta vulnerabilitat des del punt de vista del principi de la justícia, implica un tracte especial que ajudi a llimar aquestes asimetries de partida entre els ciutadans. La fonamentació del programa hauria de ser donar resposta a aquestes vulnerabilitat i asimetria mitjançant un tracte a mida.

-*Integritat*: la fragmentació de l'assistència i l'especialització no s'adapta bé a la realitat d'un pacient complex on coincideixen diversos problemes de salut. Cal passar d'una atenció centrada en la patologia a una atenció centrada en la persona que contempli els diversos components: el biològic, el funcional, l'emocional i l'espiritual. Una atenció integral i coordinada, poc invasiva, personalitzada i amb una molt assenyada adequació de mesures, fugint de procediments que no aportin valor a la persona. Aquesta seria una altra virtut necessària del programa.

5. Ètica de la Responsabilitat

Potser el problema ètic no és l'etiqueta, sinó que darrere de l'etiqueta hi hagi realment recursos per respondre a les necessitats de les persones. El programa hauria de preveure l'oferta assistencial posterior a la identificació com a pacient amb malaltia crònica avançada. Si no fos així, la identificació d'aquests pacients no estaria èticament justificada i sí que podria caure en risc d'estigmatització.

Per altra banda, el moment econòmic en què sorgeix aquest programa pot generar reticències sobre la veritable motivació del programa. Cal que els objectius de reduir ingressos, estades a urgències, disminuir despesa farmacèutica... siguin objectius secundaris derivats de l'objectiu principal: una millora en la qualitat assistencial i en els resultats en salut.

Per tirar endavant el programa, cal treballar transinstitucionalment, posant com a centre la persona, independentment del proveïdor. Potser és una oportunitat més per millorar la coordinació entre la primària i l'especialitzada. Així les dificultats podrien venir de la dificultat de coordinar els interessos dels diferents actors.

Formació

S'aconsella que les autoritats sanitàries facin esforços per fer arribar a la societat les veritables motivacions del programa. Això facilitaria la implantació del programa, i augmentaria la confiança dels actors tot reduint els possibles riscos.

Igualment cal formació/informació pels professionals, pacients i familiars. És imprescindible per evitar males interpretacions de les etiquetes, de l'atenció pal·liativa i de la planificació anticipada de les decisions. Cal formació del personal sanitari en cures pal·liatives, sense oblidar la vessant ètica i deontològica.

S'ha demostrat que les intervencions formatives són l'instrument idoni de comprensió, acceptació i implementació del model.

Bibliografia

· Primeres reflexions per al debat sobre l'atenció a pacients amb malalties cròniques. Ètica a l´Atenció Primària: Pense-m´hi! (Bloc del Grup d´Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria) https://ecamfic.wordpress.com/2014/05/11/primeres-reflexions-per-al-debat-sobre-latencio-a-pacients-amb-malalties-croniques/.
· Reflexions del Grup d´Ètica entorn del Programa d´Atenció ala Cronicitat. Grup d´ètica CAMFiC .10-12-2014.
· Bioètica i cronicitat.Bernabé Robles del Olmo.Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya, nº 13, juny 2014.

· Informe sobre el Model d´Atenció a la Cronicitat Avançada.Comissió de Deontologia del COMB.www.comb.cat/Upload/Documents/5555.PDF

Citació
Autor: Zamora, Sílvia
Títol article: Atenció a la Cronicitat i Ètica
Revista: APSalut. Volum 3. Número 2. Article 45
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id50/atencio-a-la-cronicitat-i-etica.htm
Data: 5 de març de 2015

El preu de la docència

Jordi Casanovas Font. Metge de Família. Tutor de MFiC i Col·laborador rural. EAP Vic

Amb el pas del temps he crescut i segueixo provant de créixer com a persona i com a professional de la salut. Durant aquest procés hi ha coses que les he après sol i moltes altres que me les han ensenyat o m'han guiat per a aprendre-les.

El procés d'aprenentatge, com molts d'altres a la vida, depèn al final de tot del nostre esforç i determinació, però és inqüestionable que com també molts altres processos de la vida, les persones i les circumstàncies que ens envolten hi influeixen decisivament.

D'altra manera costaria d'entendre com un paio de ciències com jo es deleix per l'ortografia, la literatura, l'arquitectura antiga i l'art. Uns quants mestres que ho vivien, els hi encantava i ho sabien transmetre, ho han fet possible.

En canvi, matèries que d'entrada m'interessaven com la filosofia, o la mateixes trauma o ginecologia durant la carrera, s'han trobat amb persones que o no les vivien prou bé o no les sabien transmetre i m'han conduït a desestimar-les com a opció laboral o intel·lectual.

L'ensenyar a altres persones, a altres professionals, forma part del nostre deure com a sanitaris competents. Ens obliga a estar al dia, refrescar conceptes, interrogar-nos a nosaltres mateixos i fer un esforç d'empatitzar i transmetre no només coneixements, sinó també habilitats i actituds. I tornant al que deia abans, tots i totes sabem com voldríem que ens ensenyessin a treballar i com no voldríem que ens en ensenyessin de cap manera.

El preu que acabarem pagant no és només aquest esforç, sinó també la manca de suport d'alguns pacients, o d'alguns companys o institucions, la desgana d'alguns discents, l'ineludible portfoli i resta de burocràcia que ens obliga a justificar i a enquadrar la nostra relació, o la manca de reconeixement d'aquesta tasca dins de diferents àmbits de la salut o de la societat. I sobretot, adonar-nos que ens hem fet grans i l'evidència de que metges amb cromosoma XY som una espècie en extinció.

Les retribucions, obviant les econòmiques per no trinxar-nos de riure, també són destacables. Sovint imperceptibles, però destacables. Veure com ha crescut com a persona i professional algú a qui has ensenyat, que és perfectament capaç de treballar al teu costat millor que tu i ara ensenyar-te coses ell o ella, i que ensenya també a nous aprenents i aprenentes és la traca final i, com diu l'anunci, no té preu. A la vegada, també hi ha compensacions més immediates com la companyia o el suport a la consulta, xuclar una nova concepció generacional del món i de la salut, fer sopars i festes, anar a congressos i veure que podem ser útils per alguna cosa més que per visitar.

La docència, l'ensenyar, ha de ser voluntari. Mai per obligació. Tindrem etapes i èpoques vitals i professionals en què la disposició a fer-ho serà més o menys important. Per això és clau que tinguem en ment que només nosaltres sabem quan i com estem més preparats per fer-ho i hem de fer-ho només en aquestes circumstàncies.

Ensenyar és tan important com curar. Sovint els errors diagnòstics i terapèutics els podem revertir. Les negligències en docència és més probable que deixin seqüeles. Tanmateix és tan gratificant fer-ho que no ens en podem estar.

Visca la docència... lliure!

Citació
Autor: Casanovas Font, Jordi
Títol article: El preu de la docència
Revista: APSalut. Volum 3. Número 3. Article 50
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id56/el-preu-de-la-docencia.htm
Data: 2 de juny de 2015

Apèndix.cat, docència en xarxa

Autor: Albert Casasa. Metge de Família. Tutor. EAP Sardenya

Som a Catalunya unes quantes Unitats Docents que formen metges/ses i infermers/es en diverses especialitats i que tenen en comú ser petites en nombre de residents, disperses geogràficament i que comparteixen el programa formatiu comú bàsic.

Després d'anys de batallar cadascú pel seu compte per aconseguir complir el programa de mínims de tots els residents, amb les dificultats que comporta tenir cursos amb tutors experts propis, o comprar cursos externs per a pocs residents, o trobar les dates al calendari on tots coincideixin… vam decidir unir esforços.

Com expliquem a apendix.cat: el programa de competències transversals és una iniciativa de treball en comú de diverses unitats docents de Catalunya.

Permet saltar-se la dificultat de sincronitzar horaris dels residents o especialistes en formació amb programes assistencials molt diversos i centres docents múltiples. Incrementa la possibilitat de complir el programa formatiu.

I com ho fem? Es tracta d'un programa virtual, sobre plataformes Moodle, comuna per a tots els nostres residents. És formació on-line.
Conté la programació bàsica i comuna per a diverses especialitats mèdiques i/o d'infermeria, com per exemple: Reanimació cardiopulmonar bàsica, lectura crítica, bibliografia sanitària, introducció a la metodologia de la recerca…

També permet incloure cursos novedosos com el "PLE" (Entorn Personal d'Aprenentage).

El projecte permet compartir l'experiència de professionals docents, generar materials més àgilment i millorar-ne la qualitat sense associar una inversió addicional a part del temps que actualment s'està dedicant a aquest programa.

La iniciativa ja ha superat diverses promocions de residents i es pot considerar consolidada. En el camí n'hem après i ens hem adaptat: cursos més breus, més flexibilitat a l'hora de fer-los (per exemple un calendari per tenir una idea de quan convé fer-los però adaptable a cada resident).

El futur passa per tenir més tutors implicats, adaptar-se a les suggerències dels residents que ja els han fet, i obrir-se a totes les unitats docents que vulguin compartir el seu coneixement aportant el seu granet de sorra.

Citació
Autor: Casasa, Albert
Títol article: Apèndix.cat, docència en xarxa
Revista: APSalut. Volum 3. Número 4. Article 55
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id60/apendixcat-docencia-en-xarxa.htm
Data: 10 de setembre de 2015

Repàs a la síndrome de Down

Àngels Ballarín, Metgessa de família ABS Vic Sud
Susanna Matesanz, Metgessa del Servei de Pediatra ABS Centelles

La Síndrome de Down, trisomia del cromosoma 21, és la principal causa cromosòmica de discapacitat intel·lectual [1]. Segons l'Estudi Col·laboratiu Espanyol de Malformacions Congènites a España, amb els protocols de diagnòstic prenatal específicament dirigits a la seva detecció, la taxa d'incidència (per 10000 nascuts) s'ha reduït del 14,78 l'any 1980 al 8,09 l'any 2007. Aquesta reducció és més marcada en les mares de >35 anys i en menys mesura, però també estadísticament significatiu, en les de menor edat.

Les persones amb Sd de Down no són malalts però si que són persones que emmalalteixen d'una manera diferent que la resta de la població. La seva peculiaritat es deu bàsicament a que tenen una sensibilitat reduïda a certs tipus de dolor, poden tenir dificultats per percebre i/ o explicar el que els passa i tenen una incidència més alta de certes patologies. Les patologies però, no són diferents que les de la resta de població i per tant el diagnòstic i el tractament són els mateixos.

Si sabem què i quan buscar podem guanyar temps, detectar els problemes més precoçment i intervenir-hi per evitar complicacions.
És per això que existeixen uns programes específics de salut, per aquesta població, tant en la infància com en l'edat adulta, per poder ser proactius en la detecció de les patologies. La majoria dels programes actualment vigents es basen en el programa elaborat per una organització internacional anomenada Down Syndrome Medical Interest Group (DSMIG)[2].

1. INFANTESA

A la taula 1 es detallen les activitats preventives i/o de detecció precoç aconsellades específicament en aquests pacients segons l'edat[3].

Taula1. Activitats preventives i/o de detecció precoç en nens amb Sd Down
Naixement 1.Estudi cromosòmic per confirmar el diagnòstic 2. Descartar cardiopatia (50 %) 3. Descartar cataractes congènites (3%)
0-6 mesos 1. Control del creixement gràfiques adaptades i vacunacions (pneumococ13 i varicel·la finançades) (www.sindromedown.net/programa/graficas) 2. Estudi segons clínica, de possibles malformacions internes: - estenosis/atrèsies digestives (12%), - megacòlon congènit (1%) 3. Estudi oftalmològic: estrabisme, nistagmus, cataractes. 4. Estudi ORL: otitis freqüents per conductes auditius estrets, pèrdua d'audició neurosensorial i/o de conducció. 5. DERIVAR A CDIAP (centre d'estimulació primerenca).
6-12 mesos (control general com a mínim trimestral) 1. Control del creixement gràfiques adaptades i vacunacions (pneumococ 13 i varicel·la finançades). 2. Estudi oftalmològic: defectes de refracció, queratocon, estenosis del conducte llagrimal, blefaritis i conjuntivitis. 3. Estudi ORL: otitis freqüents per conductes auditius estrets, pèrdua d'audició neurosensorial i/o de conducció. **Exploracions complementaries** Funció tiroïdal. Tenen major incidència d'alteracions tiroïdals. Els signes d'hipotiroïdisme són molt tènues o subclínics. També s'han descrit alguns casos d' hipertiroïdisme.
1-5 anys (anuals) 1. Control del creixement gràfiques adaptades i vacunacions (pneumococ 13 i varicel·la finançades. 2. Valoració de l'estat nutricional i maduració psicomotora. 3. Seguir amb controls oftalmològics. 4. Exploració ORL: valorar amígdales i adenoides(són freqüents els problemes obstructius que es manifesten amb roncs, males postures al dormir,cansament durant el dia, canvis de conducta, reaparició de la migdiada,.). 5. Dentició: freqüents les malposicions, agènesi, erupció endarrerida, mala oclusió, formes alterades. **Exploracions complementaries** Determinació **hormones tiroïdals**. Cribratge de **celiaquia**: Estudi genètic. Si la genètica surt negativa es pot descartar per sempre. Si la genètica es positiva però els Ac negatius, cal fer determinació d'Ac cada 2 anys o quan aparegui clínica. Analítica Estudi de columna cervical. **Descartar inestabilitat atlanto-axoidea.** Cal fer RX en flexió, extensió i neutre als 4-5 anys. És patològic si hi ha > 5mm entre l'atles i l'apòfisi odontoide de l'axis. Si hi ha augment cal confirmar amb TAC tridimensional.
6-12 anys

1. Valoració de l'estat nutricional i maduració psicomotora. Especial atenció a l'obesitat.
2. Seguir amb controls oftalmològics cada 2 anys.
3. Control odontològic anual. Ortodòncia en cas necessari.
4. Valoració neurològica.
5. Vigilància clínica de la patologia ortopèdica cada dos anys.

La luxació de maluc en lactants te similar freqüència però està augmentada en l'adolescència i edat adulta.

Escoliosis secundaries a males postures.

Peus plans. Tractar només si són dolorosos.

Inestabilitat de ròtula que pot portar a luxació irreductible que sol ser ben tolerada.

Exploracions complementaries

Determinació hormones tiroïdals.

Exploració hematològica.

Valoració cardiològica amb ecocardiograma als 10-12 anys.

13-17 anys

1. Valoració de l'estat general i nutricional. Especial atenció a l'obesitat.
2. Exploració oftalmològica anual.
3. Control odontològic anual. Ortodòncia en cas necessari.
4. Valoració neurològica.
5. Vigilància clínica de la patologia ortopèdica cada dos anys.
6. Valoració del desenvolupament sexual.

Exploracions complementaries

Determinació hormones tiroïdals.

Exploració hematològica.

Estudi de la columna cervical als 15-16 anys.

Totes les edats

1. Controls d'hàbits higiènics i de salut.
2. Promoció de l'exercici físic.
3. Avaluació dels trastorns del son.
4. Vacunacions: grip i pneumococ.
5. Coordinació amb CDIAP i escola.

2. EDAT ADULTA

Malgrat la Sd de Down és una condició molt antiga quan ens hi apropem descobrim que està de rabiosa actualitat. En molts casos estem davant de pacients crònics, complexos, en els que hi intervenen diversos professionals i que requereixen recursos sanitaris, educatius i socials que s'han de coordinar. És evident que es mereix un abordatge holístic.

Podem veure en la taula 2 un esquema de la història clínica bàsica d'aquests pacients[4].

Taula 2. Història clínica bàsica dels pacients amb Sd Down
- Al.lèrgies i/o intoleràncies - Hàbits tòxics - Antecedents patològics (interrogar bé els més freqüents en la infantesa) - Medicació habitual - Seguiment especialistes (quins i per quin motiu) - Antecedents familiars (sobretot cardíacs i oncològics) - Història reproductiva i d'activitat sexual - Estat funcional - Social: Entorn Rutines i programacions diàries Canvis anticipats en activitats diàries i cuidadors Història educacional Història ocupacional Ingressos econòmics (pagues per disminució,...) - Història legal: Si existeix incapacitació o curatela Identificar els tutors legals o curadors si és el cas Identificar la persona referent en les decisions mèdiques

Aquest esquema ens ajuda a contextualitzar el pacient que tenim al davant i ens facilita el seguiment. En aquest cas, però, la seva idiosincràsia fa que haguem de ser especialment curosos en les esferes cognitives, socials i funcionals. Pel que fa a les activitats preventives s'hauran d'aplicar les que pertoquen a la població general més les específiques per la seva condició.

La taula 3 esquematitza les patologies més prevalents en les persones amb Sd Down i les recomanacions d'estudi. Val a dir que hi ha pocs estudis amb pacients adults amb Sd de Down i que en aquest cas les recomanacions són extretes de la revisió d'alguns estudis observacionals i el consens d'experts[5,6,7,8].

Taula 3. Principals patologies en Sd Down	
Cardiopatia congènita(40-50%) Valvulopatia adquirida (sobretot prolapse mitral i insuficiència aòrtica	Ecocardiograma si no s'ha fet en la infantesa, si presenten buf o signes d'insuficiència cardíaca
Hipotiroïdisme (15-37%) Hipotiroïdisme (0,65%)	Funció tiroïdal anual
Obesitat	IMC cada visita
Refluxe gastroesofàgic	Estudi/tractament si clínica
Problemes de deglució i risc de broncoaspiració	Si sospita, explicar mesures
Celiaquia (7-17%)	Estudi genètic si no s'ha fet. Si negatiu no cal repetir. Si positiu, Ac antiendomisi /transglutaminasa cada 2 anys o segons clínica
Osteoporosi	Densitometria òssia als 40 anys (també en homes si hi ha factors de risc)
Sd mieloproliferatius	Analítica si sospita
Infeccions respiratòries freqüents (grip, pneumònia, pneumònia aspirativa)	Vacunació grip i pneumococ
Sd Apnees del son	Estudi segons clínica
Neoplàsia testicular (incidència major que en població general)	Estudi si símptomes
Alteració agudesa visual (cataractes, queratocon)	Revisió cada 1-2 anys
Dèficit auditiu (transmissió i/o neurosensorial)	Revisió cada 2 anys
Problemes odontològics	Revisió cada 6 mesos
Inestabilitat atlantoaxial	Rx columna cervical i/o RM segons símptomes
Artrosi, hiperlaxitud articular	Estudi segons clínica
Depressió (freqüentment amb desconnexió, bradilàlia i anorèxia)	Explorar a cada visita
Desordres de l'espectre autista	Explorar a cada visita
Demència tipus Alzheimer	Sempre descartar prèviament causes reversibles Explorar anualment >40 anys

També cal recordar que algunes de les patologies poden tenir una presentació atípica, sovint en forma de símptomes inespecífics com pèrdua d'habilitats, trastorn del comportament o astènia. És per això que una vegada descartades les principals patologies en algunes ocasions és necessari el suport d'altres professionals experts en persones amb disminució psíquica (i a ser possible específicament en la Sd de Down). Habitualment les Fundacions que treballen per a la Sd de Down ofereixen consultes de diverses especialitats específicament orientades a aquest tipus de pacients.

3. L'ENVELLIMENT, NOU PARADIGMA

En els últims 20 anys ha augmentat en 20 anys l'esperança de vida de les persones amb Sd de Down sobretot gràcies als avenços en el tractament quirúrgic de les malformacions cardíaques.

Això genera nous reptes als professionals que els atenen en l'edat adulta perquè molts d'ells són pacients crònics complexos i fins i tot els que gaudeixen d'un bon estat de salut és esperable que presentin un envelliment accelerat.

S'ha observat que les persones amb Sd Down tenen un risc més alt de presentar Alzheimer que la població general. Sembla que aquest fet és degut a que en el cromosoma 21 es localitza un gen que origina la producció de beta-amiloide, característica de la malaltia de Alzheimer.

Cal tenir-ho present perquè la simptomatologia, sobretot en les fases inicials, pot passar desapercebuda. Freqüentment es presentarà amb alteració del son, apatia, trastorn de la marxa, canvis de comportament, convulsions o incontinència. Cal remarcar que a diferència de la població general acostuma a predominar el canvi de comportament sobre la pèrdua de memòria[8].

D'altra banda els tests que s'acostumen a utilitzar a l'Atenció Primària per a la valoració cognitiva (Pfeiffer, Minimintal) són de poca ajuda en aquests pacients. Hi ha diverses escales validades en pacients amb Sd de Down, les més utilitzades són Adaptative Behavior Dementia Questionnaire (ABDQ) i el Camdex-R assessment of cognitive functioning (Camdex-R), aquest últim amb una versió validada en espanyol[4,9]. Aquestes escales a la realitat pràctica no són molt àgils (la Camdex-R per exemple requereix aproximadament 1 hora i 40 minuts) i els professionals de l'Atenció Primària hi estan escassament familiaritzats pel que davant de la sospita de Demència, un cop descartades les possibles causes reversibles, sovint es requerirà l'ajuda especialitzada.

4. ALTRES ASPECTES

1. **Disminució psíquica variable**. Les persones amb Sd Down exactament igual que les que no en tenen són úniques i incomparables. El seu fenotip és tan característic que ens arrisquem a unificar-les. La disminució psíquica és variable entre individus i també en el mateix individu en el temps i els professionals que els atenen han de desenvolupar habilitats comunicatives per adaptar-se a les seves necessitats.
   Calen explicacions clares i directes, curtes i senzilles. Habitualment tenen molt millor memòria visual que auditiva, de manera que a l'hora de donar explicacions dels temes de salut s'aconsella la utilització de dibuixos, esquemes, pictogrames i representacions gràfiques.
   D'altra banda, és important crear un clima de tranquil·litat i confiança i, més enllà de les paraules, és important comunicar a través de les emocions.

2. **Salut sexual i reproductiva**: malgrat la fertilitat és reduïda els embarassos de les dones amb Sd Down són possibles i en aproximadament un 50% dels casos els seus fills presentaran també trisomia 21 i tenen també més risc de patir malformacions congènites.
   És molt important l'educació en aquest àmbit tant per a reduir embarassos no desitjats com per a la prevenció de malalties de transmissió sexual.
   Les activitats preventives (citologies cervicals i mamografies) són les mateixes que en la població general segons el risc.

3. **Suport per a l'autonomia**. El grau d'autonomia que podran adquirir les persones amb Sd Down és molt variable i depèn de molts factors però cal destacar el paper de l'educació per aconseguir la màxima potencialitat de cada individu i la integració laboral dels joves adults.

4. **Coneixement dels circuits d'incapacitació**. La majoria de les persones amb Sd Down poden entendre explicacions senzilles referents a la seva salut, diagnòstics concrets i tractaments a seguir. En el cas dels adults si no hi ha incapacitació judicial ells poden decidir sobre els temes relacionats amb la seva salut. Per via judicial es pot dictar la incapacitació total de la persona i el nomenament d'un tutor legal (que pot ser una persona o una fundació) o bé la curatela d'aquella persona, per la que s'assigna un curador per determinats aspectes (per exemple per administrar el patrimoni) mentre que es manté reconeguda la capacitació per a altres aspectes (per exemple l'economia menor). Habitualment aquests procediments es tramiten a petició de les famílies.

5. **Sobrecàrrega econòmica**. Segons la FEAPS (Confederació Espanyola d'Organitzacions en favor de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual) les famílies amb una persona amb discapacitat intel·lectual a càrrec suporten una despesa anual mitjana de 24.237 euros. Per tal de minimitzar una mica aquest sobrecost existeixen alguns ajuts com són: la llei de dependència, les targetes de discapacitat, el patrimoni protegit i desgravacions fiscals associades al grau de discapacitat. Per tramitar aquests ajuts cal posar-se en contacte amb serveis socials i en el cas del patrimoni protegit amb un notari coneixedor del tema.

6. **Pla de Cures anticipades**. Malgrat que les persones amb Sd de Down tenen un grau d'autonomia variable actualment totes necessiten, en diferent mesura, supervisió/cura durant tota la seva vida. Amb l'augment de l'esperança de vida és freqüent que els progenitors, que habitualment són els cuidadors principals, també es facin grans i no sempre els puguin atendre. És important elaborar de manera consensuada amb la família, els cuidadors i els propis pacients un pla de cures anticipades per evitar situacions de crisi, per exemple per malaltia o mort dels cuidadors, intentant fer els canvis necessaris de manera progressiva, lenta i programada i intentant mantenir les relacions familiars i socials el màxim d'estables possible.

Bibliografia

· World Health Organization. Genes and human disease. 2012. Disponible a www.who.int/genomics/public/geneticdiseases/en/print.html
· Down Syndrome Medical Interest Group (DSMIG-UK). www.dsmig.org.uk
· Programa Español de salud para personas con Sd de Down. Down España, 2011. Disponible a:http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/90L_downsalud.pdf
· Jensen K, Bulova P. Managing the care of adults with Down's Sundrome. BMJ 2014;349:g5596.
· Guia de atencion al adulto con sindrome de Down. Down Espana; 2011. Disponible en:http://www.sindromedown.net/adjuntos/cPublicaciones/91L_guias.pdf
· SmithDS. Healthcare management of adults with Down Syndrome. Am Fam Physician2001;64:1031-8.
· Health care for adults with intellectual and develepment disabilities- toolkit for primary care providers: checklist-Down Syndrome. Vanderbilt Kennedy Center for Research on Human Development,2014. Accessible a : http://vkc.mc.vanderbilt.edu/etoolkit/physical-health/health-watch-tables-2/down-syndrome/.

· Preventive health care screening guidelines for people aging with intellectual and other development disabilities. New York Commissioner's Task Force on Aging-Subcommitee on Health, 2009. Accessible a: www.omr.state.ny.us/document/image/ht_brochures_preventhealthfinal.pdf.
· National Institutes of Health.DS-Conect: The Down Syndrome Registry. 2014. Accessible a: https://dsconnect.nih.gov/.
· Boada M, Novell R, Tárraga Ll, Hernández I, Buendia M, Badenas S. Demencia en las personas con SD. SD: Aspectos Médicos actuales; Fundació Catalana SD. Editorial Mason 2005:343-63.
· Esteba-Castillo S, Dalmau-Bueno A, Ribas-Vidal N, Vilà-Alsina M, Novell-Alsina R, García-Alba J. Adaptación y validación del Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities (CAMDEX-DS) en población española con discapacidad intelectual. Rev Neurol 2013;57 (08):337-346.

Citació
Autors: Ballarín Àngels, Matesanz Susanna
Títol article: Repàs a la Síndrome de Down
Revista: APSalut. Volum 3. Número 2. Article 46
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id52/repas-a-la-sindrome-de-down.htm
Data: 8 de març de 2015

Eficàcia de l'auto-mesura de pressió arterial com a mètode diagnòstic d'hipertensió en Atenció Primària

Laura Pardo, Eduard González, Anna Soteras, Judit Vila, Irene Moral, Carles Brotons. Infermeria Familiar i Comunitària EAP Sardenya

RESUM

La hipertensió arterial és una malaltia crònica i altament prevalent en la població adulta. El diagnòstic precoç facilita el maneig d'aquesta patologia, així com l'elecció de les accions terapèutiques adequades.

OBJECTIU: Avaluar l'efectivitat de la auto-mesura de pressió arterial (AMPA) en el diagnòstic de nous pacients hipertensos en l'atenció primària.

MÈTODES: Es van revisar totes les històries clíniques dels pacients no hipertensos que van realitzar un AMPA en l'últim any en un centre urbà d'Atenció Primària.

RESULTATS: Es van registrar els resultats de l'AMPA de 82 pacients, amb una edat mitjana de 58,99 (DE 14,48) anys, el 55% homes. La xifres mitjanes de tensió arterial (TA) pre-AMPA van ser de 150,75 mmHg (DE 16,19) per a la sistòlica i 87,05 mmHg (SD 10,54) per a la diastòlica (mesuraments realitzats a casa, farmàcia i / o consulta). El 63,41% d'ells tenien antecedents de tensió arterial alta. En aquest grup, el 48,08% dels AMPAS van resultar alterats (TA> 135/85 mmHg), dels quals es va diagnosticar hipertensió arterial (HTA) en el 76% i es va iniciar tractament farmacològic en el 64%. Entre els pacients sense antecedents de TA alta, el 63,33% dels AMPAS van resultar alterats, dels quals es va diagnosticar HTA en el 73,68% i es va iniciar tractament farmacològic en el 68,42%.

CONCLUSIONS: A partir de l'AMPA, es diagnostiquen d'HTA en major nombre a pacients sense antecedents de TA alta. Globalment, el 88% dels pacients diagnosticats d'HTA amb AMPA reben tractament antihipertensius.

INTRODUCCIÓ

La hipertensió arterial és una malaltia crònica i altament prevalent en la població adulta. Es considera hipertensió arterial a l'elevació mantinguda de la pressió arterial (PA) per sobre dels límits normals, que estan establerts tant per la OMS com per el Seté Informe del Joint National Comittee (JNC-7), en xifres de sistòlica ≥ de 140 i xifres de diastòlica ≥ de 90 mmHg (xifres de TA a consulta), a persones no tractades amb fàrmacs antihipertensius.

El diagnòstic precoç facilita el maneig d'aquesta patologia, així com l'elecció de les accions terapèutiques adequades.

L'auto-mesura de la pressió arterial (AMPA) es un mètode diagnòstic altament utilitzat a l'Atenció Primària i consisteix en la lectura de les xifres de PA preses fora de la consulta, habitualment al domicili, per persones que no són professionals sanitaris (habitualment pel pacient o per persones del seu entorn). Les xifres a partir de les quals es considera HTA si el diagnòstic es realitza mitjançant AMPA son ≥135 mmHg de pressió sistòlica i ≥85 mmHg de diastòlica.

La tècnica utilitzada per a realitzar un diagnòstic d'HTA mitjançant l'AMPA consisteix en fer tres controls de pressió arterial al matí i tres a la tarda (amb un interval de 2-3 minuts entre cada presa) durant almenys tres dies. Realitzant els controls en repòs i seguint les recomanacions de posició (assegut de forma còmoda, recolzant l'esquena sense creuar les cames) i amb un maneguet adequat al tamany del braç.

OBJECTIU:

Avaluar l'eficàcia i efectivitat de la auto-mesura de pressió arterial (AMPA) en el diagnòstic de nous pacients hipertensos en l'àmbit de l'atenció primària.

MÈTODES:

Es tracta d'un estudi descriptiu realitzat en un centre urbà d'Atenció Primària de la ciutat de Barcelona. S'ha realitzat una revisió de totes les històries clíniques dels pacients no hipertensos que van realitzar un AMPA en l'últim any, obtenint un total de 82 pacients, homes i dones majors de 18 anys, després d'excloure els pacients que no complien criteris d'inclusió.

S'exclouen als pacients menors de 18 anys, els que no presenten un registre adequat de xifres de pressió arterial i els pacients desplaçats.

En la revisió d'històries clíniques s'ha recopilat informació de les següents variables: sexe, edat, xifres de TA a l'AMPA, xifres TA pre-AMPA, xifres TA post-AMPA, síndrome de bata blanca, inici tractament farmacològic antihipertensiu. S'ha utilitzat el programa STATA/MP 13 per a analitzar les dades abans recollides mitjançant un document EXCEL.

RESULTATS:

L'edat mitja dels pacients estudiats va ser de 58,99 (DE 14,48) anys, el 55% homes (Figura 1). Les xifres mitjanes de tensió arterial pre-AMPA van ser de 150,75 mmHg (DE 16,19) per a la sistòlica i 87,05 mmHg (SD 10,54) per a la diastòlica (mesures realitzades a casa, farmàcia i / o consulta).

Figura 1: Disposició per sexes de la mostra estudiada.

El 63,41% dels pacients tenien antecedents de tensió arterial alta. En aquest grup, el 48,08% dels AMPAs van resultar alterats (TA> 135/85 mmHg), dels quals es va diagnosticar hipertensió arterial (HTA) en el 76% (Figura 2) i es va iniciar tractament farmacològic en el 64%. El 51,52% d'AMPAs realitzats a pacients amb antecedent de pressió arterial alta van presentar xifres per baix de 135/85 mmHg, el 85,18% d'aquestos pacients no van rebre tractament farmacològic. En un cas es va iniciar tractament per decisió mèdica.

Entre els pacients sense antecedents de TA alta, el 63,33% dels AMPAs van resultar alterats, dels quals es va diagnosticar HTA en el 73,68% i es va iniciar tractament farmacològic en el 68,42%. EL 33,33 dels pacients d'aquest grup presentaven xifres d'AMPA dins de la normalitat i el 90% d'aquestos no va rebre tractament antihipertensiu.

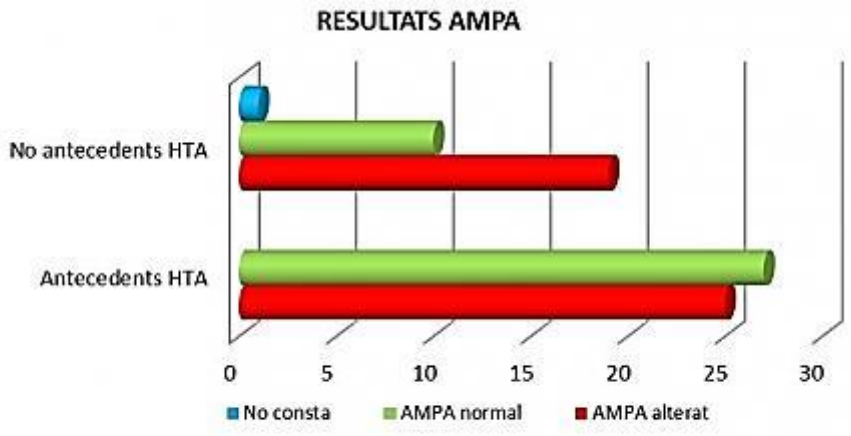


Figura 2: En la gràfica es representen els resultats dels AMPAs realizats tenint en compte els antecedents de HTA dels pacients i distingient entre AMPA alterat (TA ≥135/85mmHg) y AMPA normal (TA < 135/85 mmHg).

CONCLUSIONS:

A partir de l'AMPA, es diagnostiquen d'HTA en major nombre a pacients sense antecedents de TA alta. Globalment, el 41,46% de pacients que han realitzat un AMPA son diagnosticats d'hipertensió arterial. El 88% dels pacients diagnosticats d'HTA amb AMPA reben tractament antihipertensius. (Figura 3).

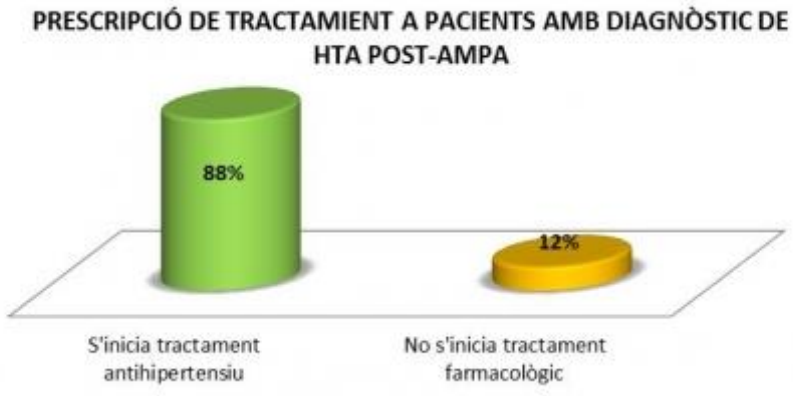


Figura 3: Prescripció de tractament farmacològic realitzada en funció del diagnòstic de l'AMPA.

Amb aquestes dades podem concloure que l'AMPA es un instrument eficaç i útil per al diagnòstic d'hipertensió arterial en l'àmbit de l'atenció primària, ja que és un mètode senzill, que no interfereix gaire en la vida diària del pacient i que evita el desplaçament al centre d'Atenció Primària i que evita falsos positius ja que s'evita el "síndrome de la bata blanca". A més de ser un mètode diagnòstic que no requereix una gran inversió de recursos econòmics.

Bibliografia

· Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión. Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Elsevier España. Vol. 30, Extraordinario 3. Diciembre 2013.
· Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flo- res I, Molina R et al. Grupo de trabajo en HTA semFYC. Documento semFYC: Automedida de la presión arterial (AMPA) en Atención Primaria (I). Aten Primaria 2003;31:545-52.
· Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flo- res I, Molina R et al. Grupo de trabajo en HTA semFYC. Documento semFYC: Automedida de la presión arterial (AMPA) en Atención Primaria (II). Aten Primaria 2003;31:606-12.

· Ploin, Dominiquea; Baguet, Jean-Philippea; Pierre, Hélènea; De Gaudemaris, Régisb; Mallion, Jean-Michela. Clinical evaluation of a self blood pressure monitor according to the First International Consensus Conference on Self Blood Pressure Measurement. December 2002 - Volume 7 - Issue 6 - pp 335-341.
· J.A. Divison Garrote, L.M. Artigao Ródenas, C. Sanchis Domenech, A. Puras Tellaeche. Automedidas de presión arterial domiciliarias con aparatos electrónicos automáticos. Ventajas e inconvenientes en su utilización como técnica de medición de la presión arterial. Hipertensión y Riesgo Vascular, Volume 17, Issue 2, Pages 53-61.
· Mengden, T. and Vetter, W. Evaluation of self assessment of the blodd pressure versus casual and ambulatory measure: implications for clinical trials. Cardiovascular, Tomo 16, número 1, Pag 20-8. 1995.

Citació
Autor: Pardo L, Gonzàlez E, Soteras A, Vila J, Moral I, Brotons C.
Títol article: Eficàcia de l'auto-mesura de pressió arterial com a mètode diagnòstic d'hipertensió en Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 3. Número 3. Article 51
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id58/eficacia-de-l-auto-mesura-de-pressio-arterial-com-a-metode-diagnostic-d-hipertensio-en-atencio-primaria.htm
Data: 10 de juny de 2015

Diagnòstic de l'anòsmia a l'Atenció Primària

Victòria Tarín, Resident Medicina de Família EAP Sardenya.

INTRODUCCIÓ

Els trastorns olfactius constitueixen una afectació amb poques dades demogràfiques conegudes, però recents estudis suggereixen que podria afectar en algun moment de la seva vida fins a una cinquena part de la població general.

Les principals causes dels trastorns olfactius són: infecció viral, malaltia sinusal i traumatismes cranials. Aquests trastorns provoquen un impacte en la qualitat de vida i en alguns casos representen la primera manifestació d'una malaltia greu.

La pèrdua del sentit de l'olfacte condueix a alteracions en àrees importants tals com: el gaudir dels aliments, la detecció d'aliments nocius, detecció de gasos, fums i incendis, i en certa mesura en la vida social, laboral i sexual.

A l'atenció primària ho tenim poc en compte, motiu pel qual hem volgut comprovar com abordem el problema al nostre centre.

MATERIAL I MÈTODES

Hem fet un estudi descriptiu a partir de les Històries Clíniques de pacients amb diagnòstics d'alteracions de l'olfacte que consulten un Centre d'Atenció Primària.

Variables recollides: sociodemogràfiques, consum de fàrmacs, malalties neurològiques (Demència, Parkinson, Esclerosi Múltiple), malalties de les vies aèries superiors.

Resultats
N= 51
N= 44 un cop exclosos els trastorns del gust
Edat: mitja de 55.54
Sexe: Dones 65.91%

Diagnòstics estudiats

Patologia respiratòria	Malalties neurològiques	Fàrmacs relacionats
29 (60%)	5 (10 %)	33 (75%)

Patologies i Fàrmacs

Patologia respiratòria	Malalties neurològiques	Fàrmacs relacionats
29 (60%)	5 (10 %)	33 (75%)

Malalties neurològiques

Alzheimer	Parkinson	Demència per cossos de Lewy	Ictus	Altres trastorns de memòria
1 (2,27%)	1 (2,27%)	1 (2,27%)	1 (2,27 %)	1 (2,27%)

Patologia respiratòria superior

Infecció Respiratòria aguda de vies altes	Grip	Infecció respiratoria no especificada	Obstrucció nasal	Rinitis al·lèrgica	Rinitis crònica	Quist de retenció si maxilar	Pòlips nasals	Sinusitis
27,27%	2,27%	2,27%	2,27%	15,91%	2,27%	2,27%	2,27%	6,82%

Fàrmacs: 75%

DISCUSSIÓ
Les etiologies més comuns segons la literatura són:

- Infecció vírica del tracte respiratori superior (18-45%)
- Malaltia sinusal (7-56%)
- Traumatisme craneal (8-20%)
- Exposició a toxines o fàrmacs (2-6%)
- Anòsmia congènita (0-4%)

Els pacients amb anòsmia del nostre Centre d'Atenció Primària tenen majoritàriament infecció respiratòria de vies altes, rinitis i sinusitis, coincidint amb la literatura; en canvi, hem trobat pocs casos d'associació a malalties neurològiques.
No hem trobat diagnòstics d'antecedent traumàtic.
Molts pacients prenen fàrmacs que hi podrien estar implicats.
Hem de tenir en compte el context d'infradiagnòstic evident que ens dóna un nombre petit de pacients.

IMPORTÀNCIA DE L'OLFACTE

El fet que els trastorns de l'olfacció sigui el dèficit sensorial que menys repercussions tingui a la nostra espècie (escàs desenvolupament de l'olfacte en relació a d'altres espècies animals) i que la major part de pacients sembli gestionar bastant bé les restriccions sense causar-los un gran impacte, no significa que no siguin importants, i una petita proporció de pacients té considerables problemes amb reducció important de la qualitat general de vida i patologia depressiva.

Així els pacients amb trastorns olfactoris tenen trastorns en diverses àrees com són: seguretat, ingesta d'aliments o la seva preparació i a la vida social, laboral, sexual i higiene personal.

a) **Implicació en mecanismes de defensa per evitar perills**, mitjançant el reconeixement d'olors associats a situacions potencialment perilloses (fums, incendis, fuites de gas, aliments en mal estat). Així una alteració de l'olfacte pot disminuir la capacitat de detecció de perill.

b) **Orientar la nostra atenció cap a elements amb connotacions positives** (menjars, etc) de manera que ens proporciona informació útil per a trobar aliments.

Les preferències d'olors són el resultat d'un procés d'aprenentatge. Associem una olor (menjar, perfum, etc) amb una emoció positiva o negativa (experiència prèvia) i posteriorment, en reconèixer-la, recuperem l'associació de la memòria i evoquem la mateixa emoció.

L'olfacte juga un paper important en la percepció dels sabors i la ingesta d'aliments, de tal manera que mentre les papil·les gustatives només poden distingir quatre sabors (dolç, salat, àcid i amarg), la resta de sabors són processats pels receptors olfactius de les fosses nasals.

D'altra banda, les olors ens ajuden en la localització dels aliments i ens informen de la comestibilitat del menjar, i igualment treballa de manera sinèrgica amb el gust a la digestió, determinant la salivació i les secrecions gàstriques.

Per a la percepció d'aliments és important que les molècules oloroses també poden arribar a l'epiteli gustatiu de la cavitat oral a través de la via retronasal, reforçat això pels moviments de la llengua, les galtes i la gola. Una discrepància entre el sabor i l'expectativa percebuda amb l'olor abans de la ingesta pot provocar el rebuig de l'aliment.

Igualment diversos mecanismes relacionats amb els estímuls olfactius estan involucrats en la regulació de la gana en influir en les nostres decisions sobre quan, quant i què menjar.

c) **Relació amb l'entorn**. L'olfacte i les olors igualment poden estar involucrades en:

- La comunicació social. Una alteració de l'olfacte pot generar problemes a la vida social, laboral (pot disminuir les oportunitats laborals de certs col·lectius: cuiners, sommeliers, enòlegs, perfumistes, infermeres o bombers) i a l'àrea d'higiene personal (amb inseguretat sobre l'olor personal).
- Implicacions sexuals, influint en el comportament reproductiu i de selecció de parella, incloent l'evitació de consanguinitat. Així una alteració de l'olfacte pot disminuir l'estímul sexual.
- Modulació d'emocions i encomanament emocional. Entre aquestes funcions hi ha, per exemple, la capacitat de detectar senyals relacionats amb la por.

Així hi ha algun estudi recent segons el qual les llàgrimes femenines sembla que contenen senyals químics que disminueixen els nivells de testosterona i l'excitació sexual en els homes.

TIPUS DE TRASTORNS OLFACTIUS

Encara que no existeix una classificació universal per als trastorns de l'olfacte, s'admet una diferenciació, feta mitjançant l'ús d'eines apropiades (tests d'olors) entre alteracions:

Quantitatives: hipòsmia (disminució de l'olfacte) i anòsmia (abolició de l'olfacte). La majoria són adquirits, però hi ha alguns pacients que neixen sense sentit de l'olfacte: anòsmia congènita (el bulb olfactori és hipoplàsic o aplàsic).

· *Qualitatives* (distorsió de la percepció olfactiva): paròsmia (distorsió de les percepcions d'olor en presència d'una font d'olor) i fantòsmia (percepció d'olor en absència d'una font d'olor).

Totes solen ser produïdes per les causes clàssiques de pèrdua d'olfacte, com les infeccions del tracte respiratori superior, malaltia sinusal, o traumatisme cranial.
No obstant això, les fantòsmies també són molt freqüents a malalties psiquiàtriques.

PREVALENÇA DELS TRASTORNS OLFACTIUS
Els més freqüents són els trastorns quantitatius, que van d'un 22 a un 24% segons els estudis, i amb més alta prevalença als homes grans.
Pel que fa als trastorns qualitatius, la prevalença és considerablement més baixa. La paròsmia és aproximadament d'un 4%, i la fantòsmia va d'un 0.8 a un 2.1%.
No obstant això, aquests valors poden no ser massa reals degut al fet que el desconeixement de la pèrdua d'olfacte és comú, potser a causa de la forma (inconscient) de processar la informació olfactiva.
En conseqüència, la prevalença es calcula que variarà entre un 1.4 i un 15%.

CONSEQÜÈNCIES DELS TRASTORNS OLFACTIUS
Per avaluar els problemes de la vida diària i la qualitat de vida en general que causen els trastorns olfactius s'han desenvolupat diversos qüestionaris per avaluar-los.
De totes maneres, s'ha de tenir en compte que és difícil determinar en quina mesura la reducció de la qualitat de vida es deu al trastorn olfactiu i en quina mesura es deu a la comorbiditat (per exemple en pacients amb pèrdua olfactiva causada per malaltia rinosinusal, un component principal de l'alteració de la qualitat de vida està relacionada amb la disminució de la permeabilitat de les vies respiratòries nasals, i això contamina greument els resultats obtinguts amb aquests qüestionaris; i igualment, el cas de la rino-sinusitis crònica, aquesta per sí sola té un impacte en la qualitat de vida, amb efectes acumulatius negatius si hi ha comorbiditat com asma i al·lèrgies en general).

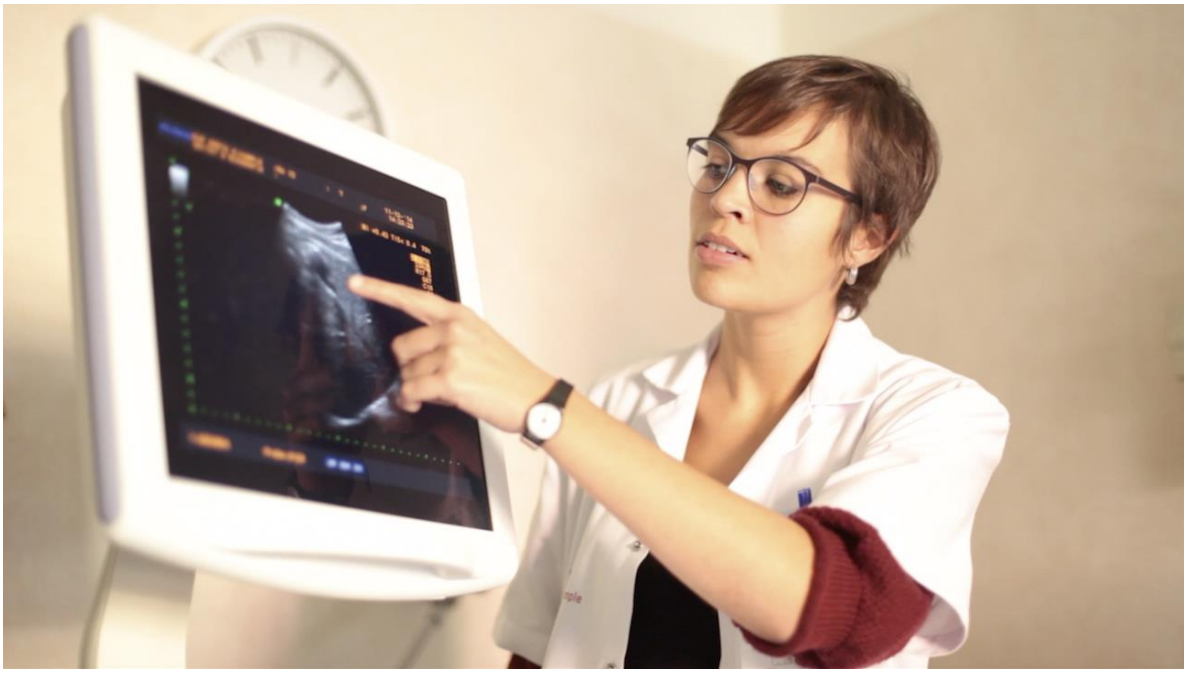
TRASTORNS OLFACTIUS I DEPRESSIÓ
Al voltant d'un terç a un quart dels pacients amb trastorns de l'olfacte pot presentar símptomes depressius. Això seria degut en gran part a l'aspecte estressant que suposa la sensació de vulnerabilitat sentida, les restriccions de la vida diària que deteriora la qualitat de vida i l'afectació del control emocional.
La majoria dels pacients desenvolupa "estratègies d'afrontament" per adaptarse al trastorn olfactori, com seria tractar d'acceptar la situació, intentar donar menys importància al problema, etc.

INFLUÈNCIA DE L'EDAT
L'anorèxia fisiològica és comú a la població de més edat, cosa que fins a cert punt es podria explicar per pèrdua olfactiva (per pèrdua de la funció olfactiva retronasal que afecta la percepció del gust, i igualment alteracions a nivell del bulb, tracte olfactiu i estructures centrals, a on apareix depòsit entre altres de plaques d'amiloide i cabdells neurofibril.lars).
En algun estudi s'ha vist que els trastorns olfactius s'associaven significativament amb una baixa qualitat de vida i depressió en la gent gran amb la funció cognitiva baixa.
Això il·lustra la importància de controlar la demència incipient quan s'estudia la qualitat de vida i la depressió en persones grans amb deteriorament olfactiu. Per tot això el deteriorament olfactiu es considera un senyal primerenc de la malaltia d'Alzheimer i la malaltia de Parkinson.

Bibliografia

· Olfactory Disorders and Quality of Life. Ilona Croy, Steven Nordi i Thomas Hummel. Department of Occupational and Environmental Medicine, Gothenburg University.
· Revista AMF gener 2012. Marta González Touya, Barbara Díaz Gómez.
· Evaluation of olfaction in healthy subjects using the sniffing sticks battery. Rey Med Chile 2012; 140:442-446. Lorena Hudson, M.Consuelo Silva, Juan Cristóbal Núñez, Rodrigo Gómez, Pablo Venegas-Francke.
· Olfato, envejecimiento fisiológico y enfermedades neurodegenerativas: II. Rev neurol 2009;49: 363-9. Fusari A, Molina J.
· Agerelated changes in the prevalence of smell/taste problems among the United States adult population: Results of the 1994 disability supplement to the National Health. Interview Survey (NHIS). Ann N Y Acad Sci 1998; 30: 716-22.Hoffman HJ, Ishi EK, Mac-Turk RH.

Citació
Autor: Tarín, Victòria
Títol article: Diagnòstic de l'anòsmia a l'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 3. Número 4. Article 56
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id63/diagnostic-de-lanosmia-a-latencio-primaria.htm
Data: 16 de setembre de 2015



Fractura patològica al context d'osteoporosi. Posteriorment a la densitometria patològica. Seguim buscant?

Àlex Muñoz Quintela, Clara Madueño Garro i Lluís Cuixart Costa. EAP Dreta de l'Eixample

INTRODUCCIÓ

Pacient dona de 68 anys que consulta per dolor toràcic mecànic de 15 dies d'evolució.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient amb antecedents patològics de HTA, Neoplàsia de mama en remissió completa. Osteoporosi des de l'any 2012 i Hèrnies discals cervicals. Viu amb el marit, autònoma per a les Activitats Bàsiques de la Vida Diària, fills independitzats. No presenta antecedents familiars patològics.

Es dirigeix a la nostra consulta per dolor toràcic que s'exacerba amb la tos, la inspiració profunda i el moviment.

Durant l'exploració física presenta dolor a la palpació del terç distal de l'esternó, sense crepitació, la resta resulta anodina.

Com a exploracions complementàries demanem: Radiografia de tòrax que mostra una fractura al 1/3 mig de l'esternó.

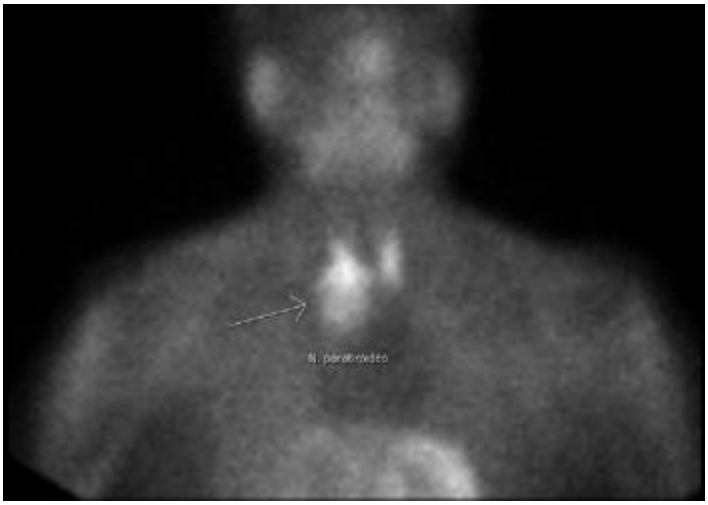
Donades les dades anteriors, s'inicia estudi ambulatori amb analítica de sang presentant analítica amb hipercalcèmia 11,9 mg/dL, hipofosfatèmia 2,3mg/dL, hipovitaminèmia D 12,6 ng/mL, HiperPTH 346,1 pg/mL i una densitometria amb Tscore columna:-4,91 i Tscore fèmur:-3,44.

Per tant, es diagnostica com a fractura espontània d'esternó i osteoporosi severa, decidint iniciar tractament amb hidroferol oral.

A l'evolució la pacient presenta empitjorament simptomàtic progressiu amb astènia, mareig, inestabilitat de la marxa, nàusees i dolor generalitzat.

Donada la simptomatologia la pacient decideix acudir a Urgències hospitalàries, on es diagnostica insuficiència renal aguda (IRA) posteriorment a analítica de sang urgent per FG:13,4, hipercalcèmia:14,72mg/dl i hipokalièmia: 3,04 mmol/l.

Finalment, es decideix ingrés per a tractament de la hipercalcèmia i la IRA amb fluidoteràpia, evolucionant de forma lenta però favorable. Per part d'endocrinologia es realitza estudi etiològic de la hipercalcèmia mitjançant una gammagrafia paratiroidea que evidencia un hiperparatiroidisme primari.



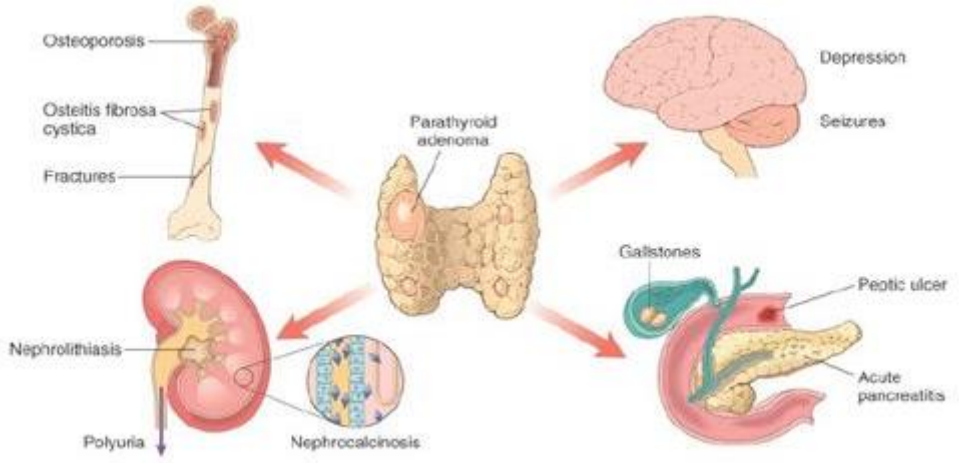
Finalment es realitza paratiroidectomia inferior dreta.

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

La hipercalcèmia, alteració analítica freqüentment observada a l'atenció primària, sol ser el resultat d'una reabsorció òssia excessiva, esdevenint la seva principal causa l'hiperparatiroïdisme primari, trastorn generalitzat degut a una secreció excessiva d'hormona paratiroidea. La seva incidència augmenta amb l'edat i és major a les dones postmenopàusiques.

La vitamina D exògena a dosis farmacològiques augmenta la reabsorció òssia/intestinal i incrementa la hipercalcèmia, que al nostre cas, unit a l'hiperparatiroidisme primari, va provocar una hipercalcèmia de rebot, greu, amb afectació de la funció renal.

Una fractura patològica a una pacient osteoporòtica, unit a alteracions electrolítiques, en aquest cas una hipercalcèmia, precisen d'un estudi etiològic, donat que pot associar-se a patologies.



Bibliografia

1. Bilezikian JP, Silverberg SJ. Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism, n engl j med 350;17 22/04/2004.
2. El-Hajj Fuleihan G MD, Silverberg SJ. Clinical manifestations of primary hyperparathyroidism.UpToDate.com april 2014.
3. El-Hajj Fuleihan G, Silverberg. Management of primary hyperparathyroidism. UpToDate.com 1st may 2014.

Citació
Autors: Cuixart Costa, Lluís; Madueño Garro, Clara; Muñoz Quintela, Àlex
Títol article: Fractura patològica al context d'osteoporosi. Posteriorment a la densitometria patològica. Seguim buscant?
Revista: APSalut. Volum 3. Número 1. Article 41
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id45/fractura-patologica-al-context-d-osteoporosi-posteriorment-a-la-densitometria-patologica-seguim-buscant.htm
Data: 3 de gener de 2015

Quelcom més que una simple apendicitis...

María Mendoza. Resident MIR EAP Vic

Introducció

El mucocele apendicular és una causa poc freqüent de l'abdomen agut, amb una incidència de 0.004% a 2,1% en pacients que són sotmesos a cirurgia per apendicitis aguda. Clínicament són molt difícils de distingir, donat els símptomes tan inespecífics com dolor abdominal crònic i molèsties gastrointestinals difuses. Generalment són troballes intraoperatòries, radiològiques o histològiques. La tomografia d'abdomen o la colonoscòpia poden ajudar-nos en el diagnòstic, però hi ha poques possibilitats d'obtenir un diagnòstic preoperatori.

Cas Clínic

Dona de 42 anys sense al·lèrgies medicamentoses, antecedents mèdics d'infeccions de tracte urinari de repetició, litiasis renal i síndrome depressiva en tractament amb fluoxetina. Consulta al seu metge de capçalera per dolor abdominal depressiu difús amb predomini en fossa ilíaca dreta de temps d'evolució que s'irradia a maluc dret. No presenta quadre tòxic ni diarrees. No té historial familiar de càncer colorectal. A l'examen físic destaca dolor selectiu a la palpació de l'abdomen en fossa ilíaca i regió engonal dreta. No masses ni megàlies.

Es realitza revisió ginecològica sense alteracions, analítica sanguínia amb lleugera leucocitosi (Leucòcits 12.3; Neutròfils 73.5%, Limfòcits19.8%), bioquímica normal. Consulta amb Digestiu que sol·licita TAC Abdominal amb contrast que mostra imatge tubular de 3.5 cm amb calcificació perifèrica a nivell de fossa ilíaca dreta que no capta el contrast, compatible amb mucocele apendicular.

Ingressa a l'hospital per a cirurgia programada d'apendicectomia laparoscòpica, evidenciant apèndix cecal patològic. Informe anatomopatològic compatible amb mucocele apendicular. Període postoperatori sense incidències i amb control del dolor adequat.

Discussió

El mucocele apendicular és una entitat rara i poc freqüent, caracteritzada per un engruiximent i augment de la mida de l'apèndix producte de l'acumulació d'una substància mucosa en la cavitat apendicular.

Histològicament es classifica:

1. ***Mucocele Simple*** (representa un 25% dels casos): es caracteritza per l'engrandiment globular de l'apèndix per moc espès, generalment com a conseqüència de l'obstrucció per un fecalit (material fecal que pot arribar a calcificar-se) o per alguna altra causa. En algunes ocasions la distensió produeix atrofia suficient de les cèl·lules mucoses secretores de mucina, i la secreció s'atura. Acostuma a ser asimptomàtic, en poques ocasions el mucocele es trenca, vessant moc en la cavitat peritoneal.

2. ***Cistoadenoma mucinós benigne:*** és la neoplàsia mucinosa més comuna (representa el 60% dels casos), substitueix la mucosa apendicular i resulta histològicament idèntica als tumors anàlegs de l'ovari. La dilatació luminal s'associa a perforació apendicular en el 20% dels casos, per produir col·leccions localitzades de moc adherides a la serosa de l'apèndix o lliures dins de la cavitat peritoneal. Des del punt de vista histològic el moc no revela cèl·lules malignes.

3. ***Cistoadenocarcinomes mucinosos malignes:*** són cinc vegades menys comuns que els anteriors. Produeixen dilatació quística plena de mucina de l'apèndix, indistingible de l'observada als cistoadenomes benignes, però amb freqüència hi ha penetració de la paret apendicular per cèl·lules invasives i disseminació més enllà de l'apèndix en forma d'implants peritoneals localitzats o generalitzats. En el seu estat totalment desenvolupat, l'abdomen s'omple de mucina ferma, semi sòlida, per oxigenar el seudomixoma peritoneal (un 6% dels casos). Es poden trobar cèl·lules

adenocarcinomatoses anaplàsiques, fet que diferencia aquest procés del vessament de mucina. Els casos en què el pseudomixoma s'acompanya d'adenocarcinomes mucinosos apendiculars i ovàrics es solen atribuir a disseminació d'una lesió apendicular primària.

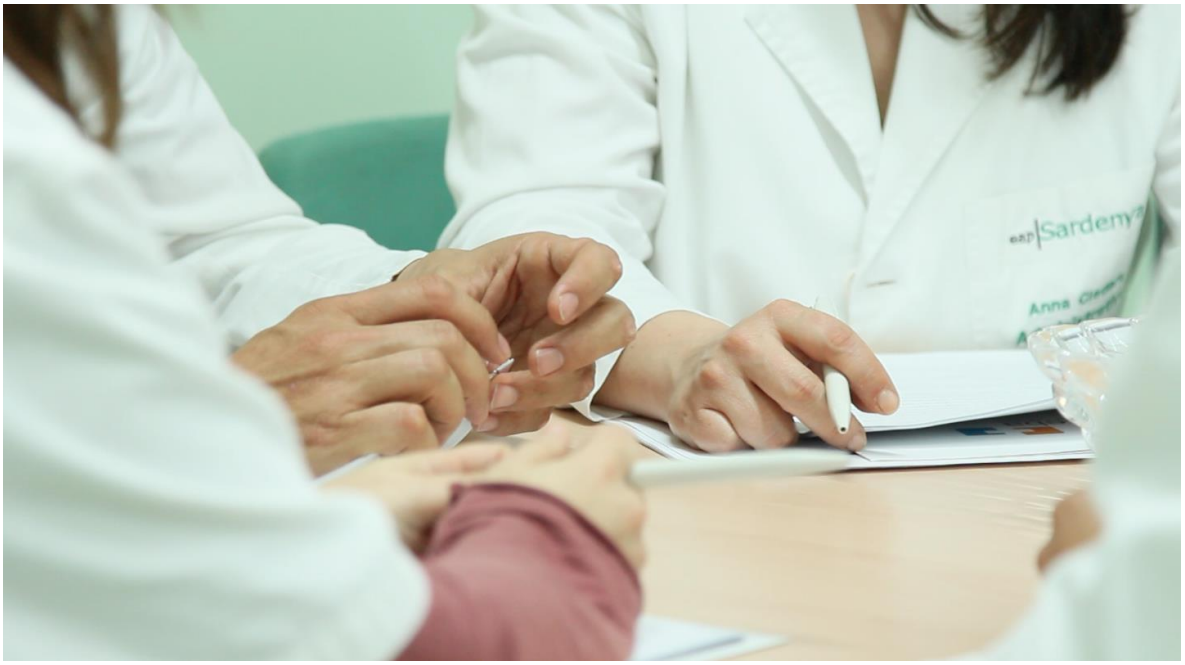
Els mucoceles acostumen a ser identificats com una troballa accidental. Els cistoadenomes i adenocarcinomes mucinosos es poden presentar amb dolor, atribuïble a distensió visceral. En les lesions limitades a l'apèndix ressecat el pronòstic és excel·lent. El pseudomixoma peritoneal es pot mantenir controlat durant anys mitjançant procediments repetits de reducció de volum, però en la majoria dels casos acaben tenint un curs dolent.

Una vegada s'ha diagnosticat un mucocele apendicular, bé sigui intraoperatori o en estudis per imatges, la conducta acceptada es l'exèresi. El dilema es planteja en l'amplitud de la mateixa, mentre que algunes sèries opten per l'hemicolectomia dreta, fonamentalment per als mucoceles més grans de 2 cm de diàmetre, davant la presència d'un pseudomixoma peritoneal o troballes macroscòpiques i anatomopatològiques de sospita de transformació maligna, altres opten per l'apendicectomia com a únic procediment, principalment en lesions petites i limitades a l'apèndix.

Bibliografia

· Mucocele apendicular: Patología estructural y funciona. Robbins y Cotran. 7ª Edición. Editorial Elsevier. ISBN: 978-84-8174-841-3
· Higa E, Rosai J, Wise L, et al. Mucosal hiperplasia, mucinos cystadenoma, and mucinos cystoadenocarcinoma of the apendix: a re-evaluation of appendicecal mucocele. Cancer 1973;32:1525-4
· Premoli G, Pierini L, Ramos R, Minatti W, Capellino P. El mucocele apendicular .Revista del Hospital Privado de Comunidad 2003;vol 6, nº1
· Ashrafi M, Joshi V, Zammit M, Telford K. Intussusception of the appendix secondary to mucinous cystadenoma: a rare cause of abdominal pain. Int J Surg Case Rep.2011;2(2):26-27.

Citació
Autor: Mendoza, María
Títol article: Quelcom més que una simple apendicitis...
Revista: APSalut. Volum 3. Número 2. Article 47
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id54/quelcom-mes-que-una-simple-apendicitis.htm
Data: 15 de març de 2015



Favisme

Clara Madueño. Resident EAP Dreta de l'Eixample

Descripció del cas

Pacient de 49 anys, natural d'Itàlia, resident a Barcelona fa més de 20 anys. Sense al·lèrgies medicamentoses ni antecedents patològics d'interès.

Acut al CAP referint astènia de 3 dies d'evolució, que s'ha accentuat al tornar d'excursió amb bicicleta per la muntanya. Ha estat 1 any sense practicar esport per lesió tendionsa de turmell esquerre. A més comenta orines fosques "com coca-cola" i pigmentación groguenca de les escleres oculars. Explica episodi similar fa 8 anys, per al que va consultar a l'Hospital i el van altar sense medicació diagnosticant-lo de Sd. Gilbert.

Antecedents patològics

- Sense al·lèrgies farmacològiques.
- No pren medicació habitualment.
- No hàbits tòxics.
- Sd. Gilbert: Segons recorda el pacient, no disposem d'informes mèdics. Va consultar a urgències per ictericia i colúria i va ser altat sense tractament farmacològic específic.
- Nega intervencions quirúrgiques.
- Social: Viu amb la seva dona, té una fillastra. Oficinista en actiu.

Exploració física

Constants: TA 145/88, FC 94 ppm, FR 18 rpm, afebril.
Concient i orientat. Eupneic. Normohidratat. Ictericia escleral.
AP. MVC. SatO2 98% a l'aire.
AC. Tons rítmics i normofreqüents, sense bufs ni altres sorolls afegits.

ABD. Tou i depressible. Sense masses ni megàlies. No signes de peritonisme. No dolor a la palpació profunda.

EEII. No edemes. No signes de TVP. No insuficiència venosa crònica.

Maneig

Derivem a l'hospital de zona per realitzar analítica urgent amb funció hepàtica per estudi d'ictericia i colúria.

Exploracions complementàries

- Analítiques seriades de sang:

	Ingrés	Seguiment	Alta
Sodi (mmol/L)	140	139	140
Potassi (mmol/L)	4,52	3,89	4,51
Urea (mmol/L)	10,2	9,3	7,1
Creatinina (µmol/L)	90	78	78
Bilirubina total (µmol/L)	128	101	32
Bilirubina conjugada (µmol/L)	9	11	9
AST (GOT) (U/L)	57	56	37
ALT (GPT) (U/L)	33	33	35
Fofatasa alcalina (U/L)	75	65	60
GGT (U/L)	21	21	21
LDH (U/L)	**1340**	**1383**	**979**
Hb (g/L)	**105**	**95**	**93**
Hematies (x10E12/L)	3,12	2,84	2,74
VCM (fL)	97,8	98,6	100,7
HCM (pg)	33,7	33,5	33,9
Plaquetes (x10E9/L)	204	231	253
Leucòcits (x10E9/L)	12,4	9,24	9,5
Neutròfils (%)	71	63,3	63,4
Haptoglobina (g/L)			< 0,06

- Analítica d'orina:

Densitat Kg/L (1,002 - 1,030)	1,013
pH (4-7)	7
Leucòcits	Positiu +
Nitrits	Negatiu
Proteïna	**Positiu +++**
Glucosa	Negatiu
Cossos cetònics	Negatiu
Urobilinogen	Negatiu
Bilirubina	Negatiu
Hematíes	**Positiu ++++**
Sodi mmol/L(25 - 150)	40
Potassi mmol/L(17 - 83)	29
Urea mmol/L(286 - 470)	335
Creatinina mmol/L(3,3 - 12,0)	11,0
Proteïna g/L(0,00 - 0,12)	**1,11**
Q prot/crea mg/mmol crea(0,0 - 22,6)	**100,5**
Albúmina mg/L(0,1 - 20,0)	**363,3**
Q alb/crea mg/mmol crea (0,0 - 2,5)	**32,9**

- Reticulòcits:

Reticulòcits % 8,34 ↑ % (0,50 - 2,00), Reticulòcits absoluts 228,5 ↑ x10E9/L (20,0 - 100,0), Fracció de baixa intensitat 57,5↓ % (78,0 - 97,0), Fracció de mitja intensitat 20,4↑ % (3,0 - 18,0). Fracció d'alta intensitat 22,1↑↑% (0,0 - 4,0), Velocitat de sedimentació globular (VSG) 58 ↑ mm/hora (1 - 10).

- Estudi d'eritropatologia:

Morfologia eritrocitària: Abundants excentròcits, policromatofilia. Siderèmia 13,8 µmol/L

Capacitat total transport ferro 45,2 µmol/L (44,0 - 74,0), Índex de saturació 31 % (15 - 45), Ferritina 2574 ↑↑ µg/L (20 - 350), Vitamina B12 219 pmol/L (150 - 650), Folat sèric 41,1 nmol/L (7,0 - 45,0), HaptoglobinaTest de Coombs directe: Negatiu. Estudi dèficit G6PD: Positiu. Estudi d'hemoglobinopatia: Hemoglobina fetal 0,8 % (DÈFICIT DE G6PD (FAVISME).

Diagnòstic

El pacient presentava una anèmia lleu (Hb 95) normocítica i normocròmica amb signes d'hemòlisis (LDH 1340 i BR 128 a expenses de la no conjugada), a més de reticulocitosi. La funció renal es va mantenir preservada. El Test de Coombs directe descarta una causa immunitària de l'hemòlisi i el diagnòstic definitiu el va donar l'estudi del dèficit de G6PD.

Davant d'aquestes evidències es va tornar a interrogar al pacient pel consum de faves en les últims dies, i va reconèixer haver fet una ingesta copiosa en els dos dies previs.

Es va decidir ingressar al pacient per seguiment d'hemoglobina, i no va ser necessària la transfusió de concentrats d'hematies per la bona tolerància clínica i l'estabilitat hemodinàmica. Al 3r dia d'ingrés es va plantejar l'alta a domicili per l'estabilitat de l'Hb, amb les mesures terapèutiques especificades i una analítica de control als 3 mesos.

FAVISME

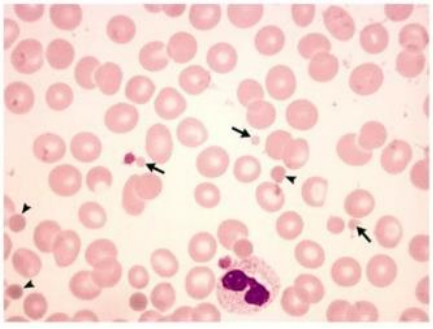
Anèmia hemolítica per dèficit de Glucosa-6-fosfat deshidrogenasa. (Favisme).

El dèficit de glucosa-6-fosfat deshidrogenasa és una malaltia hereditària lligada al cromosoma X (les dones en son portadores i els homes pateixen la clínica).

Es tracta del dèficit enzimàtic hereditari més freqüent del món. S'estima que un 7,5% de la població mundial porta un gen deficient de G6PDH. La prevalença depèn de la regió i representa un 0,1% a Japó i Nord d'Europa, 62% entre els jueus kurds i entre un 5 a un 30% a Àfrica, Àsia, Orient mitjà, Nova Guinea i el Meditarrani (entre 5 i 30%).

L'enzim G6PDH pertany a la via metabòlica de les pentoses fosfat, de fet és l'enzim catalitzador del primer pas de la via. És una important font de NADPH i ribosa. A la via de la hexosa monofosfat es genera NADPH, que a la vegada genera glutatió reduit que és la mol·lècula que realitza la desintoxicació cel·lular i protegeix del dany oxidatiu.

Els eritròcits que presenten dèficit d'aquest enzim tenen pitjor tolerància al dany oxidatiu produit per diversos agents estressants sobre la cèl·lula. Al enfrentar-se a un agent estressant, les seves proteïnes intracel·lulars s'oxides i s'agreguen per formar els corpuscles de Heinz, aquests confereixen major rigidesa a l'eritròcit, que finalment pateix hemòlisi.



Corpuscles de Heinz

Tractament

El tractament presenta 3 pilars:

1) Evitar causes d'estrés oxidatiu
2) Donar suplements d'àcid fòlic i ferro
3) No practicar esplenectomia
4) Tractar les complicaciones (anèmia, ictericia neonatal, infeccions).

En el cas del pacient del cas el mateig va ser el següent:

- Controls periòdics d'Hb i plantejar transfusió de concentrats d'hematies, que no va ser necessaria per l'estabilitat de l'Hb.
- Hidratació abundant per evitar insuficiència renal en context d'hemòlisis
- Àc. Fòlic 5mg/d
- Evitar la ingesta de certs aliments (Faves), medicaments (aspirina, cloroquina, dapsona), estrés o exercici extenuant (augment d'acidosi láctica).

Bibliografia

- J. Ramírez-Cheyne, I. Zaranote. Deficiencia de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa: Situación actual, su relación con malaria y estrategias para calcular su prevalencia. Unir. Med. Bogotá (Colombia), 2009, 50 (1): 58-76.
- B. Glader. Clinical manifestations of glucose-6-phosphate deshydrogenase deficiency. UpToDate, abril 2015.
- Taula 1: OMS. BULL. World Health Org. 1989; 67: 601.

Citació
Autor: Madueño, Clara
Títol article: Favisme
Revista: APSalut. Volum 3. Número 3. Article 52
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id57/favisme.htm
Data: 16 de juny de 2015

El síndrome confusional en ancians

Autor: Núria Nadal Olivé. Resident EAP Dreta Eixample

CAS CLÍNIC

Dona de 87 anys que és portada per la Guàrdia Urbana al CAP per haver-la trobat desorientada al carrer. Com a antecedents destaca insomni ocasional pel que la pacient pren de forma puntual Lorazepam 1mg, hipotiroïdisme subclínic i colon irritable. No consten antecedents de deteriorament cognitiu ni altres antecedents patològics. La pacient viu sola i és independent per les ABVD.

A l'exploració destaca pacient conscient i desorientada en temps i espai, amb un discurs incoherent. Està hemodinàmicament estable (TA 133/62 FC 76 FR 20 Sat 96%) i presenta febre de 38,5ºC. L'auscultació cardíaca no revela bufs ni frecs i a l'auscultació respiratòria destaquen lleus crepitants a base dreta sense altres sorolls sobreafegits. Abdomen anodí i signes meningis negatius. Es deriva a l'hospital de referència amb sospita de síndrome confusional en context de neumonia basal dreta. S'administra Paracetamol.

A l'arribada a l'hospital la pacient persisteix conscient i desorientada, amb exploració física similar a la descrita anteriorment. Es realitza exploració neurològica que no mostra focalitat a part del discurs incoherent i la desorientació que van augmentant progressivament. Es sol.liciten les següents proves complementàries:

- Analítica sanguínia: Sodi 135 mmol/L Potassi 3,00 mmol/L Glucosa 106,20 mg/100mL Urea 10,2 mmol/L Creatinina 69 µmol/L Bilirubina total 31 µmol/L Bilirubina conjugada 13 µmol/L AST (GOT) 59 U/L ALT (GPT) 51 U/L Fosfatasa alcalina 41 U/L GGT 20 U/L Amilasa 61 U/L Lipasa 27 U/L Proteïna C reactiva
- Sediment d'orina: sense hematúria ni leucocitúria. Cultiu contaminat.
- Rx tòrax: sins costofrènics lliures, sense condensacions.
- ECG: RS, BAV de 1r grau, sense alteracions agudes de la repolarització.

Davant de la normalitat dels resultats, però presentant la pacient empitjorament progressiu del l'estat de consciència i persistència de desorientació i discurs incoherent, es decideix solicitar TC cranial, que és normal i es realitza punció lumbar. S'inicia de forma empírica Ceftriaxona, Ampicilina i Aciclovir sota la sospita d'encefalitis. Els resultats del LCR mostren:

- BQ: Glucosa 3,9 mmol/L (VN: 2,5 – 4,4 mmol/L), Proteïna total 0,43 g/L (VN: 0,15-0,45g/L)
- Hematologia: Recompte cel·lular L.C.R. Número de cèlules 10 /mm3 (VN:
- Microbiologia: Gram i cultiu sense gèrmens. PCR per VHS1 positiva. VHS2 i enterovirus negatives.

Es diagnostica a la pacient d'encefalitis herpètica retirant l'antibioteràpia i seguint el tractament amb Aciclovir. La pacient presenta una millora de l'estat de consciència progressiu i ingressa per tractament.

DISCUSSIÓ

DEFINICIÓ i EPIDEMIOLOGIA

El síndrome confusional és un síndrome de causa orgànica, sovint plurietiològic, que es caracteritza per una alteració del nivell de consciència i d'atenció, així com de diverses funcions cognitives (memòria, orientació, pensament, llenguatge o percepció). Té un començament agut i un curs fluctuant podent durar diversos dies.

Alguns estudis apunten que entre el 20 i el 40% dels pacients ancians ingressats presenten un SCA en algun moment de l'estància hospitalària.

ETIOLOGIA

Donat que la majoria de causes són potencialment tractables, és de vital importància identificar les causes que ho provoquen. S'ha de tenir en compte que sovint el SCA és degut a la contribució simultània d'un conjunt de causes. Fent una bona investigació etiològica es pot arribar a identificar la causa fins en un 80% dels casos.

Les alteracions tòxiques i metabòliques adquirides solen ser les causes més freqüents:

a) FACTORS PREDISPOSANTS

- Deteriorament cognitiu previ
- Malaltia greu
- Deshidratació
- Malnutrició
- Edat avançada
- Depressió
- SCA previ
- Hàbits tòxics (alcohol)

b) FACTORS PRECIPITANTS

- Polifarmàcia
- Sonda vesical
- Iatrogènia
- Restricció física
- Malnutrició

c) FACTORS DE VULNERABILITAT

- Alteració de l'agudesa visual
- Malaltia greu
- Deteriorament cognitiu
- Deshidratació

CLÍNICA

Existeixen tres tipus de presentació clínica del SCA:

1. Hiperactiu: es caracteritza per hiperactivitat, agitació, agressivitat, confusió, al·lucinacions i idees delirants. Es dóna en un 15-25% i acostuma a ser més fàcil de diagnosticar pels símptomes tan florits. Es relaciona amb abstinència o intoxicació per tòxics i a l'efecte anticolinèrgic d'alguns fàrmacs.
2. Hipoactiu: es dóna en més freqüència en els ancians i es caracteritza per hipoactivitat, alentiment motor, bradipsíquia, lentitud en el llenguatge, inexpressivitat facial, letargia, apatia, inhibició. Es relaciona etiològicament amb alteracions metabòliques. Es dóna en un 20-25% i són els més difícils de diagnosticar.
3. Mixte: suposa el 35-50% dels SCA, on s'alterna la hiper i la hipoactivitat en el temps.

DIAGNÒSTIC

El SCA s'ha de considerar una urgència mèdica, pel que el diagnòstic precoç del quadre, de la seva etiologia i dels factors de risc permeten prevenir les seves conseqüències i complicacions. El diagnòstic s'ha de basar en una història clínica i anamnesis adequades, exhaustives, una exploració correcta i metòdica i la sol·licitud d'una sèrie de proves complementàries que ens seran útils per arribar a la causa que ha desencadenat el delirium.

Els criteris diagnòstics més utilitzats són:

- Alteració de la consciència amb disminució de la capacitat per centrar, mantenir o dirigir l'atenció adequadament.
- Canvi de les funcions cognitives no explicable per una demència:

  · Deteriorament de la memòria
  · Desorientació (temps, espai i/o persona)
  · Alteració del llenguatge i pensament desorganitzat
  · Alteracions perceptives (al·lucinacions, il·lusions)

- L'alteració es presenta en un curt període de temps (hores o dies) i tendeix a fluctuar al llarg del dia.
- Demostració a través de la història clínica, l'exploració física i les proves complementàries d'una etiologia orgànica.

TRACTAMENT

El tractament ha de ser ràpid i sistemàtic. S'ha de tractar la causa sempre que sigui possible, a més de la simptomatologia del quadre en sí. El tractament inclou dues línies:

1. Tractament no farmacològic:

- Mesures generals: assegurar la via aèria, manteniment de constants vitals, suspendre fàrmacs que poden causar SCA, adequat equilibri hidroelectrolític. La contenció física només s'aconsella quan perilli la vida del pacient o suposi un risc pels familiars o personal sanitari.
- Intervenció ambiental: habitació il·luminada, acompanyament de familiars, ajuda per l'orientació, proporcionar informació sobre la seva situació, mobilització precoç, adequat ritme son-vigília.

2. Tractament farmacològic:

- Tractament de la causa de base: és el més important.
- Tractament del SCA: no existeix un fàrmac ideal pel maneig del delirium. S'escollirà el fàrmac adequat segons el perfil d'efectes secundaris, l'estat del pacient i la via d'administració. Els fàrmacs més utilitzats són els neurolèptics, però també s'utilitzen benzodiacepines, clorpromacina i levopromacina. L'objectiu no és sedar al pacient sinó aminorar els símptomes estant el pacient el més despert possible. La sedació excessiva pot donar complicacions com microaspiracions, apnees o immobilitat. Els fàrmacs més utilitzats són els següents.

Haloperidol	És el més utilitzat i es considera el tractament de primera línia. Actua de forma ràpida sense quasi efectes secundaris, pel que és relativament segur a curt termini. Té major efecte anticolinèrgic i menor poder sedatiu i hipotensor que altres antipsicòtics. Existeix en presentació oral (d'elecció sempre que es pugui) i parenteral. Iniciar amb 0,5mg i repetir cada 30 minuts doblant la dosis fins a aconseguir controlar l'agitació. Els efectes secundaris més freqüents són els extrapiramidals.

Risperidona	Dins dels neurolèptics atípics és el d'elecció per la seva rapidesa d'acció. No té efectes anticolinèrgics. Un inconvenient d'aquesta medicació és que no es disposa de presentació parenteral. L'utilitzarem quan amb l'Haloperidol no aconseguim controlar els símptomes o sigui necessari prolongar el tractament. Iniciarem amb una dosis de 0,25-0,5 cada 4h.
Olanzapina	Escassa resposta en ancians. Es recomana dosis 2,5-5mg a la nit, podent augmentar fins a 20mg.
Quetiapina	Es pot utilitzar si els símptomes no es controlen amb Haloperidol. Dosis de 25 a 50mg cada 4-12h. No produeix efectes extrapiramidals, pel que és d'elecció en pacients amb malalties extrapiramidals (p.ex. Parkinson).
Benzodiacepines	D'elecció en el delirium causat per l'abstinència d'alcohol o d'hipnòtics sedants. Es pot usar en combinació amb un neurolèptic quan es necessiti combinar una acció sedant o ansiolítica. S'ha de tenir en compte que en ancians pot afavorir la desorientació i agreujar el delirium.

PREVENCIÓ

Tot i la importància de tractar adequadament el SCA, la mesura més important és prevenir l'aparició del quadre. Per això, s'han desenvolupat estratègies en ancians hospitalitzats que intenten reduir els principals factors de risc. Les mesures preventives poden reduir fins a un 50% la incidència de SCA en pacients hospitalitzats.

L'objectiu és identificar aquells pacients amb major risc de desenvolupar un SCA segons els factors de vulnerabilitat exposats anteriorment i intervenir per evitar-ho. Si s'instrueix bé el personal sanitari, els símptomes prodròmics poden ser detectats pel personar d'infermeria, podent millorar el control d'aquests pacients, escurçar el temps d'estada a l'hospital i reduint la seva morbimortalitat.

Citació
Autor: Nadal Olivé, Núria.
Títol article: El síndrome confusional en ancians
Revista: APSalut. Volum 3. Número 4. Article 57
http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id61/el-sindrome-confusional-en-ancians.htm
Data: 20 de setembre de 2015

Ser pobre perjudica seriosament la salut

Laia Menero. Treballadora Social EAP Sardenya

Darrerament, polítics i economistes fan gala d'un alt nivell d'optimisme i ens diuen que comencem a sortir de la crisi i que el pitjor ja ha passat. Podem veure el President del govern espanyol fent declaracions i assegurant que l'economia espanyola "ha obert del tot les portes a la recuperació" i comença a dir "adéu a la crisi".

Jo no sóc política ni experta en economia, només sóc treballadora social d'un CAP situat al barri del Baix Guinardó, i la veritat no ho acabo de veure clar i posaria la mà al foc que moltes de les persones que venen a la consulta tampoc. Malgrat que la població usuària d'aquest centre no és de les més desfavorides de la ciutat de Barcelona, com a tot arreu la crisi econòmica també s'ha fet notar i ha fet estralls en algunes de les famílies que atenem habitualment.

Des de la OMS, ens alerten dels efectes negatius de la crisi sobre la salut de les persones, i no només dels països subdesenvolupats sinó també dels considerats més rics. De fet, si consultem a l'Institut d'Estadística de Catalunya, trobem dades publicades entorn la taxa de risc de pobresa o d'exclusió social realment preocupants.

Taxa de risc de pobresa o exclusió social (estratègia Europa 2020) i els seus components. Base 2013

Catalunya 2013

Taxa de risc de pobresa o exclusió social (taxa AROPE)	24,3
Taxa de risc de pobresa	19,8
Baixa intensitat de treball (1)	10,8
Privació material severa	6,1

La taxa **AROPE** és un indicador que recull la proporció de població que es troba en situació de risc de pobresa, en situació de privació material sever, o bé que viu en llars amb intensitat de treball baixa.

La taxa de risc de pobresa és el percentatge de persones que estan per sota del llindar de pobresa.

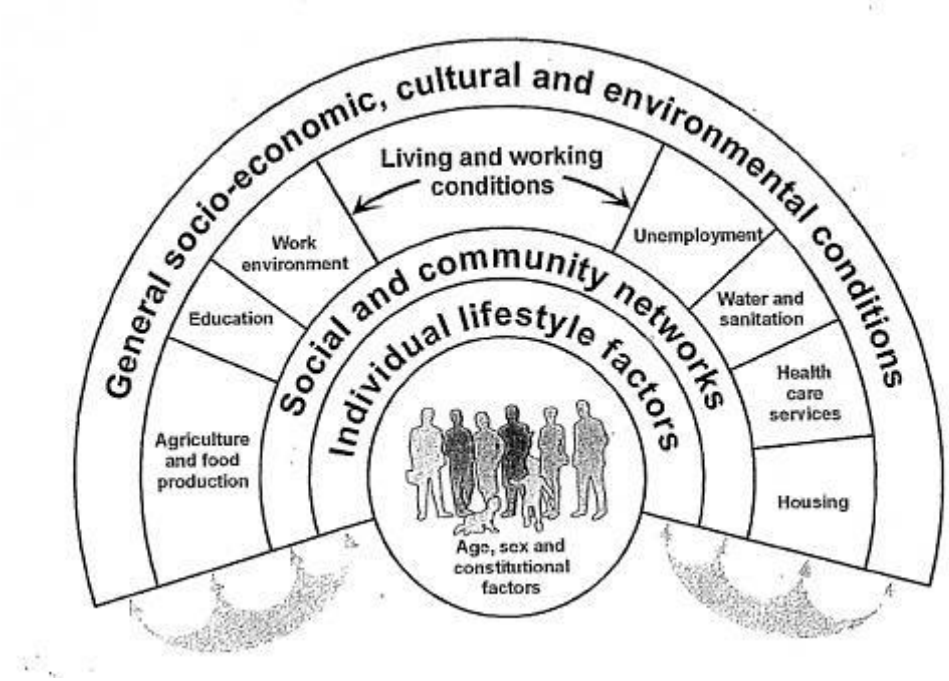
La població amb privació material severa és la que presenta una privació d'almenys 4 dels 9 ítems següents:

1. Pagar sense endarreriments despeses relacionades amb l'habitatge o de compres ajornades.
2. Poder anar de vacances almenys una setmana a l'any.
3. Poder fer un àpat de carn, pollastre o peix (o l'equivalent vegetarià) almenys cada dos dies.
4. Poder afrontar despeses imprevistes.
5. Poder permetre's un telèfon (incloent-hi telèfon mòbil).
6. Poder permetre's un televisor.
7. Poder permetre's una rentadora.
8. Poder permetre's un cotxe.
9. Poder mantenir l'habitatge a una temperatura adient.

http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d623

Malauradament, la crisi que vivim fa que les desigualtats que, no ens enganyem sempre han existit, impactin sobre la salut de les persones. Diferents articles descriuen, la clara relació que existeix entre el nivell socioeconòmic i la salut, reiteradament els autors posen de manifest com la gent de classe més desfavorida presenta pitjor salut que aquells que tenen més poder econòmic, polític, social i cultural, gaudint de més oportunitats i d'una millor qualitat de vida.

Les desigualtats en salut responen a diverses tipologies, tal i com descriu de manera molt senzilla el model de salut de Dahlgren i Whiteheas. Com es veu en el gràfic, els principals factors de desigualtat es donen en funció de l'edat, el sexe, la classe social, l'ètnia o territori i si a aquests factors, els hi afegim aspectes socials, econòmics, polítics i ambientals són els que determinen que una persona pugui gaudir d'una millor o pitjor salut.



Determinantes de la salud, según Dahlgren y Whitehead[5].

En conseqüència, els col·lectius més desfavorits que són les classes socials amb rendes més baixes, les dones i els immigrants presenten una pitjor salut que la de la resta dels col·lectius i que molts dels problemes de salut més rellevants són a causa d'aspectes que queden fora del sistema sanitari. A diari, tracto amb jubilats que no poden accedir a tractaments farmacològics crònics, a causa dels nous barems econòmics que va aplicar el Govern per comprar els medicaments o de famílies que no poden garantir una alimentació adequada als seus fills per situacions d'atur de llarga durada. Tot plegat, esdevé en problemes greus de salut per descompensacions de patologies cròniques o per processos de malaltia lleus que acaben sent greus, al no ser tractats a temps.

A partir d'aquí, és clar que cal impulsar mesures per aconseguir millorar l'estat de salut de la nostra societat. Les actuacions per reduir les desigualtats en salut beneficien la societat de moltes maneres, redueixen la càrrega de la malaltia i els costos econòmics que s'hi associen. Aconseguir millorar la salut d'una societat hauria de ser una responsabilitat compartida per tots: les persones individualment mantenint estils de vida saludable; les empreses i les institucions, assegurant llocs de treball saludables, i els governs, promovent sistemes de societat més igualitaris, proporcionant entorns físics i socials favorables per la salut i mantenint sistemes sanitaris assequibles i funcionals.

Aconseguir l'equitat en salut significa que les persones puguin desenvolupar el seu potencial de salut independentment del seu estatus social o altres circumstàncies determinades per factors socials. Per tant, si el que volem es considerar-nos una societat justa, hauríem de garantir que totes les persones tinguin les mateixes oportunitats d'assolir un bon estat de salut, sense que influeixin factors socioeconòmics com la classe social, l'ocupació, l'educació o els ingressos i especialment els no triats com són la raça, sexe, lloc de residència o nivell d'educació.

Citació
Autor: Menero, Laia
Títol article: Ser pobre perjudica seriosament la salut
Revista: APSalut. Volum 3. Número 4. Article 58
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id62/ser-pobre-perjudica-seriosament-la-salut.htm
Data: 24 de setembre de 2015

Rotació externa a Moçambic

Gemma Rovira. Resident EAP Sardenya

INTRODUCCIÓ

Moçambic és un país situat al sud-est d'Àfrica. Limita al nord amb Tanzània, Malawi i Zàmbia, a l'oest amb Zimbabwe, amb Swazilàndia i Sudàfrica al sud-oest i amb l'oceà Índic a l'est. Vasco da Gama va explorar les seves costes al 1498 i va ser colònia portuguesa fins el 1505, de qui va aconseguir la independència el 1975 convertint-se poc després en la República Popular de Moçambic. Va ser escenari d'una guerra civil que va durar des del 1977 fins el 1992.

	MOÇAMBIC	ESPANYA
Esperança vida al néixer H/D (anys)	52/54	79/85
Taxa de mortalitat <5 anys	90	5
INB per càpita ($)	1000	31.670
Gast total salut per habitant ($)	65	3041
Gast total salut segons % del PIB	6.6	9.4
Prevalença VIH en adults (%)	11.1	0.4-0.5
Persones que viuen amb VIH	1.6 mill	170.000
IDH *(indicador del desenvolupament humà per país, elaborat pel Programa de les UN basat en un indicador social estadístic compost per tres paràmetres: vida llarga i saludable, educació i nivell de vida digne).*	0.327 (185/187)	0.885 (23/187)

Dades OMS 2012: http://www.who.int/countries/moz/es. Dades de 2012, obtinguts de unicef.org. Unicef, UNESCO, World Bank, WHO, United Nations Population Division

El seu idioma oficial és el portuguès i té una població de 21 milions d'habitants. La seva capital econòmica i principal centre social i cultural és Maputo. Més del 99% de la població és bantu, i les principals religions són el cristianisme i l'islam.

Un dels seus principals problemes de salut és l'epidèmia de VIH que afecta al 45% de la població i també la malària i la tuberculosis, entre d'altres.

OBJECTIUS

El programa docent de l'especialitat en Medicina Familiar i Comunitària és extens i abarca entre altres objectius la visió global de l'individu integrat dins de la seva comunitat i societat. Aquesta part més social, humanística i global de la nostra especialitat molts cop queda diluïda en el dia a dia de la consulta, donant un lloc clau a la rotació externa inclosa en el calendari docent per a desenvolupar no només les eines adquirides durant tota la residència en un ambient diferent, sinó també per passar de treballar d'un àmbit local a un de més global i inspirador.

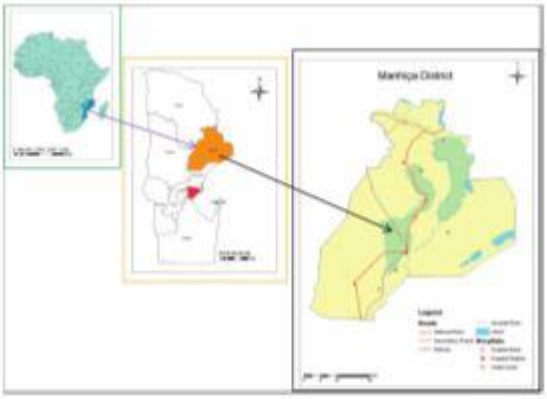
Objectius Docents rotació externa:

- Atenció global a totes les etapes de la vida amb pocs recursos i en medi rural (malalties relacionats amb la pobresa).
- Salut global: identificar i comparar factors que afecten la salut de totes les poblacions.
- Identificació, tractament, prevenció i control de malalties amb alta prevalença en àrea tropical (potencial patologia importada en el nostre medi).
- Sensibilització amb cultura i creences diferents.
- Networking, possibilitats de sortides professionals.

Estem formats i preparats com a metges de família per manejar les malalties importades en un món globalitzat? Un cosa sorprenent que em vaig trobar a la tornada era la reacció immediata de pànic al sentir que acabava de tornar d'Àfrica, aquell lloc amb malalties greus, fam i sobretot "EBOLA". La pregunta directa de molts era assegurar-se si venia d'un país com Libèria o Sierra Leone essent metge. Quants resistien al meu costat sense tenir la sensació d'estar cometent un greu error? Les malalties infeccioses són juntament amb les guerres les dues forces capaces de matar a més persones i en un món globalitzat com el nostre, el coneixement i maneig d'aquestes és fonamental des dels gran centres especialitzats fins a la primera línia de batalla del metge de família en la seva consulta. Tots hem d'estar preparats.

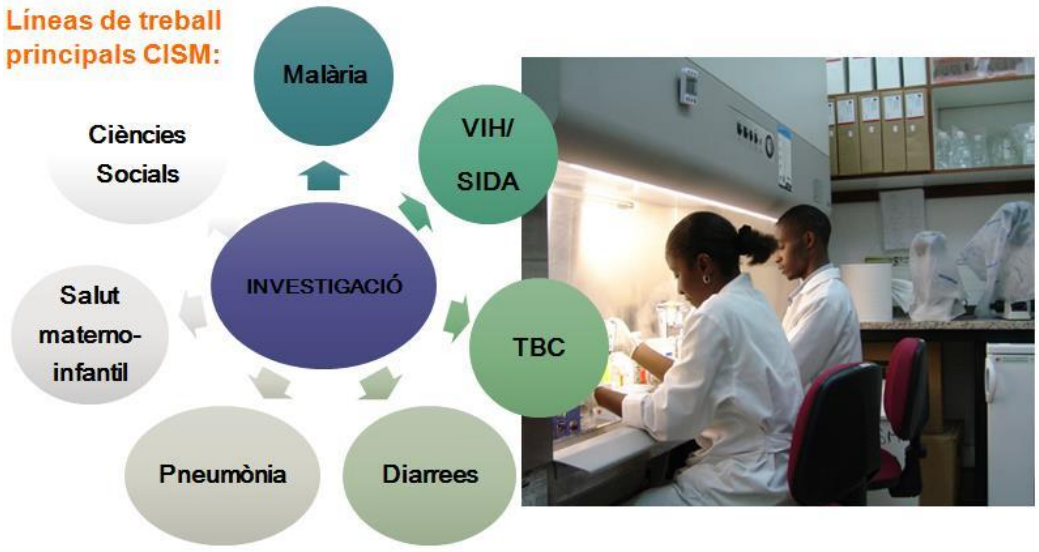
CENTRE D'INVESTIGACIÓ EN SALUT DE MANHIÇA (CISM)

La meva experiència va tenir lloc a Manhiça, una zona rural situada a 100km al sud de Maputo, la capital de Moçambic. Allà es troba ***O Centro de Investigação em Saúde de Manhiça*** (CISM) un centre moçambicà destinat a la recerca biomèdica en malalties relacionades amb la pobresa. El centre va ser fundat el 1996 gràcies a la cooperació entre els governs d'Espanya i Moçambic, l'Hospital Clínic, UB, CRESIB i AECID. Des de 2008 és dirigit per la "Fundação Manhiça" que té com a objectius primordials la investigació biomèdica en àrees de salut prioritàries per al país, la formació en recerca de joves llicenciats moçambiquesos i l'assistència mèdica en col·laboració amb l'Hospital de Manhiça, que es troba just a l'altre cantó del carrer, fet que fa que els dos tinguin una relació de simbiosi i es potenciïn mútuament.



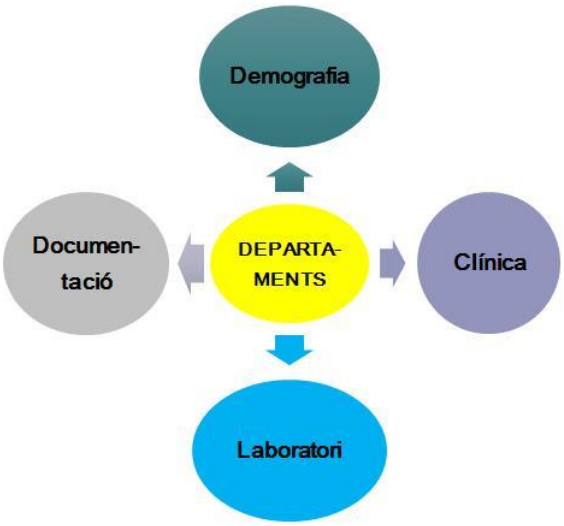
Tot i l'excepcionalitat mencionada, l'hospital de districte de Manhiça és un centre sanitari públic, governamental i és l'hospital de referència del Districte de Manhiça amb una població de referència de 160.000 habitants. Disposa de personal mèdic i un grup de personal paramèdic que rep una formació fonamentalment pràctica en àrees concretes durant uns 3 anys i té una capacitat per a 150 llits oficials, distribuïts per especialitats de la següent manera: Pediatria i Neonatologia (60%), Medicina Interna, Cirurgia i Obstetrícia-Ginecologia. Disposa també de quiròfan i banc de sang. Com a mitjans diagnòstics bàsics es disposa d'aparell de raigs X, ecografia ginecològica i laboratori bàsic on es pot realitzar fonamentalment helmints en femta, test de malària, hemograma, bioquímica bàsica (només ALT, creatinina), proves creuades, test VIH, CD4 i RPR per sífilis.

Des dels seus inicis el CISM col·labora amb l'Hospital de Manhiça aportant personal sanitari, subministrament de medicaments, O2 i material mèdic i actualment nou metges en pediatria i neonatologia que milloren el servei assistencial



ORGANITZACIÓ DE LA ROTACIÓ

EL CISM té la peculiaritat de disposar d'un Sistema de Vigilància Demogràfica que té una àrea d'estudi d'uns 500 km2 i 84.000 habitants. Tots els habitatges dins d'aquesta àrea estan geogràficament posicionats i enumerats i tots els individus tenen un número d'identificació únic (perma-ID) per a poder registrar tots els esdeveniments vitals com naixements, migracions, morts o gestacions de la població a estudi, així com tota la informació de visites a consultes externes i ingressos en nens menors de 15 anys (identificació personal, informació demogràfica, signes i símptomes, diagnòstics i tractaments). Aquesta estructura de registre permet obtenir gran nombre d'informació per a estudis, així com tenir un control epidemiològic de la població de l'àrea de referència.



Durant la primera setmana de rotació la feina va consistir en anar al camp i conèixer en primera persona la feina que realitza aquest servei de Vigilància Demogràfica. D'entre les tasques que realitzen destaca el cens poblacional porta a porta, la revalidació anual de la informació registrada per afegir nous events transcorreguts i altres com donar informació a les comunitats de nous estudis que es volen iniciar per rebre *feed-back* i acceptació dels mateixos per part d'elles.

Part de la feina d'aquesta primera setmana serveix també per familiaritzar-se amb la feina de laboratoris, analitzant i treballant colze a colze amb els tècnics per entendre la complexitat de la recollida i processament de mostres en un àmbit rural d'un país amb nivell de renta baixa.

Després de la primera setmana introductòria i de coneixement de la mecànica del centre comença la feina assistencial a l'hospital repartida entre Pediatria/Neonatologia i sala d'hospitalització de medicina d'adults a parts iguals durant els 2 mesos d'estància.

Part de la feina implica maneig de patologia molt complexa amb pocs recursos i repartició dels recursos existents, havent de lluitar diàriament amb trencaments d'estoc o absència de material bàsics i vitals. La gestió d'emocions en relació a morts evitables al nostre medi no és fàcil, així com treballar amb diagnòstics diferencials en absència casi sempre de diagnòstics de confirmació i amb tractaments empírics basats en variables epidemiològiques i clíniques. I al final, una part fonamental del problema no és només tenir recursos o no tenir-los, sinó saber com utilitzar-los. És un problema diari conviure amb el xoc de la malaltia occidental amb les creences pròpies dels pacients i l'absència d'educació sanitària que dificulta des del compliment terapèutic a una cosa tan simple com garantir l'ingrés a l'hospital quan mèdicament és necessari.

DISCUSSIÓ

Hi ha una veritat absoluta, que neixis on neixis, neixis sa o malalt, el lloc on vius determina i condiciona la resta de la teva vida. Determina l'accés a antibiòtics, a mitjans, i sobretot determina l'accés a la salut. Això es una cosa que es dóna per suposada en el nostre medi ja que ningú no té problemes per accedir a la salut. Tenim hospitals, carreteres, ambulàncies i helicòpters si cal per fer els trasllats. L'accés a la salut a Moçambic és la primera barrera, els pacients han de caminar quilòmetres per accedir als centres. Al final, de què estem parlant? Estem parlant només de pobresa, ja que ser pobre és el principal factor de risc per emmalaltir i una persona quan està malalta es fa més pobra. Tot això introdueix un concepte important que és el cercle malaltia-pobresa amb el que un metge a Moçambic ha de conviure diàriament en la pràctica clínica. Probablement no hi ha cap resposta bona sobre com sortir d'aquest cercle, però malgrat que la majoria de la investigació es desenvolupa per a malalties que afecten a països rics, la investigació centrada en malalties relacionades amb la pobresa té un paper clau en aquesta línia.

No vull donar un missatge catastrofista en absolut, conviure amb la incertesa i manejar aquest "*art de la medicina*" és el dia a dia del professional a l'atenció primària i aquest tipus d'experiències donen les eines necessàries per afrontar-ho en qualsevol medi. Tot suma i entendre la realitat de la sanitat en països de renta baixa és el primer pas per enfilar la solució.

CONCLUSIONS

Aquesta rotació em sembla fonamental per a la formació en medicina general per diverses raons. En primer lloc, em sembla una oportunitat única d'aprendre sobre el terreny el funcionament de la medicina en un país africà i en una àrea rural, així com la sensibilització en una nova cultura i estil de vida enriquidors tant

professional com personalment per, en un futur, promoure i difondre en àmbit local el coneixement dels problemes de salut mundial.

D'altra banda, em sembla enriquidor prendre contacte amb quina és la relació de la gent amb la salut tan allunyada dels nostres estàndards occidentals i entenent la relació metge-pacient d'una manera diferent valorant les creences pròpies en l'àmbit de la salut que tenen en els països d'origen de la població que atenem.

En darrer lloc, no ens podem descuidar que la immigració ha canviat l'epidemiologia d'algunes malalties. Entenc que els motius de l'actual fenomen migratori són econòmics, i aquells individus que es veuen obligats a emigrar són, majoritàriament, dels sectors més desafavorits del seu país. Per tant, fins i tot en els països desenvolupats, algunes malalties segueixen estant relacionades amb l'exclusió i la marginació. Per aquest motiu em sembla fonamental com a metge de família de Barcelona, estar capacitat òptimament en la medicina relacionada amb la pobresa i aprendre a gestionar malalties importades, així com saber fer front als problemes de salut endèmics per poder atendre amb més eficàcia les persones immigrades de la nostra comunitat.

Totes les experiències i coneixements adquirits enriqueixen la maleta del bon professional que veu més enllà i no es conforme. Lluita, busca i creix.

Citació
Autor: Rovira, Gemma
Títol article: Rotació externa a Moçambic
Revista: APSalut. Volum 3. Número 1. Article 43
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id46/rotacio-externa-a-mocambic.htm
Data: 7 de gener de 2015

Do not do: Prescripcions inadequades a pacients d'edat avançada des de l'Atenció Primària

Beatriz Jiménez Muñoz i Gemma Rovira Marcelino. Residents EAP Sardenya

Actualment, hi ha una elevada xifra de prescripcions potencialment inadequades que arriben a les nostres consultes o que s'han començat des de les mateixes. La tendència a la polifarmàcia és una realitat d'avui i els nostres pacients poden patir iatrogènia com a conseqüència. Com bé sabem, un grup especialment vulnerable a aquest tipus de pràctiques són els pacients d'edat avançada, els quals, representen un segment de població cada vegada més representatiu.

Amb tot, ens plantegem realitzar un estudi que avaluï l'eficàcia d'una intervenció formativa dirigida als facultatius del nostre centre per intentar reduir la possible medicació inadequada d'aquests pacients.

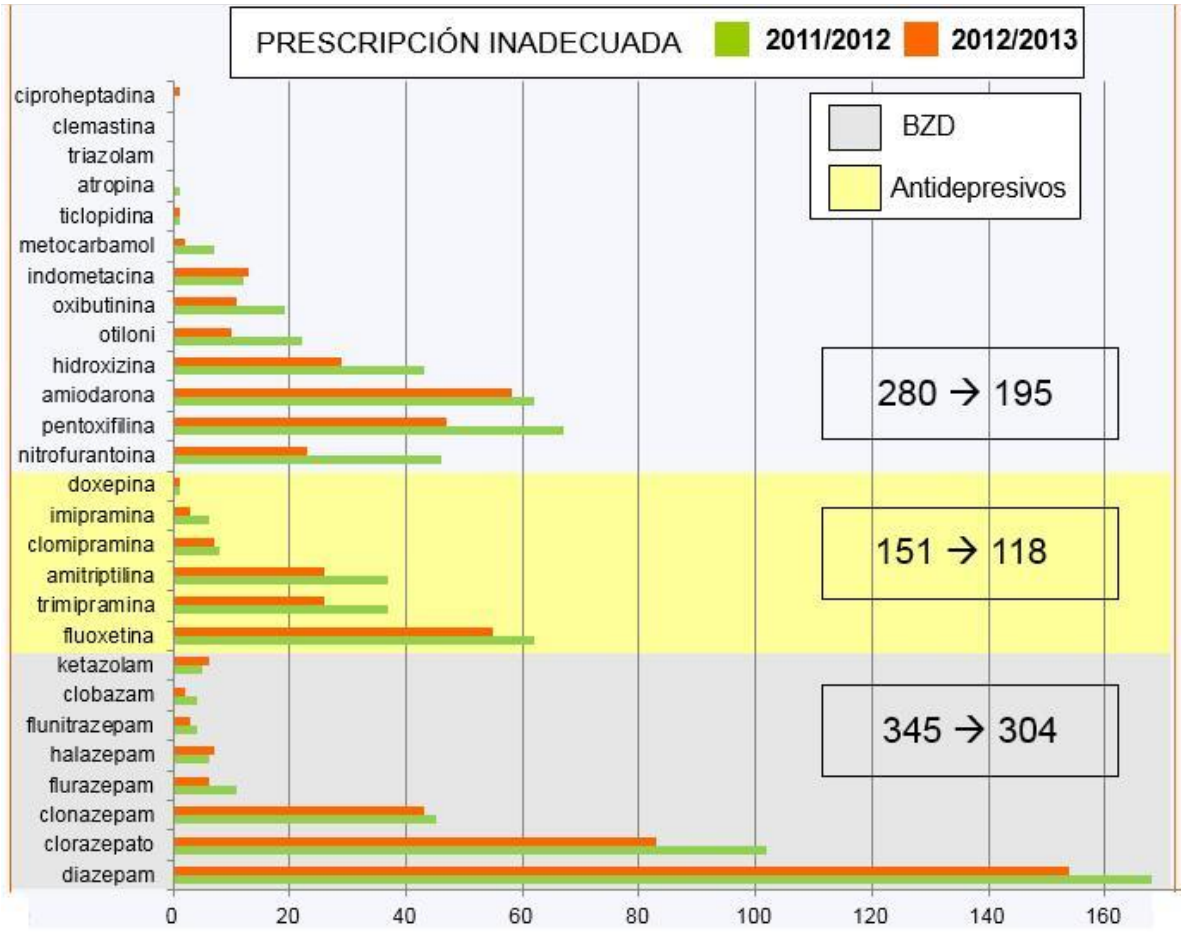
Amb aquest objectiu, dissenyem un estudi d'intervenció de l'abans i el després, sense grup de control. Inicialment, i després de fer una revisió bibliogràfica acurada, elaborem un llistat de fàrmacs considerats inadequats per a pacients majors de 74 anys. A tal efecte, tenim en compte criteris internacionals (criteris de Beers i de Hanlon), també criteris nacionals i locals (indicacions del CatSalut i protocols de l'Hospital Sant Pau de Barcelona). Avaluant aquests criteris en conjunt, resulten un total de 27 fàrmacs considerats inadequats per a pacients de més de 74 anys. Veure la taula dels fàrmacs a sota.

Així doncs realitzem un primer anàlisi descriptiu en el qual s'avaluen quants fàrmacs d'aquests s'havien prescrit als nostres pacients d'edat avançada entre el setembre de l'any 2011 i l'agost del 2012. En total sumen 776 prescripcions inadequades, amb un rati d'inadequació per pacient de 0,256.

El setembre de 2012 es va realitzar al nostre centre una intervenció formativa dirigida a tots els metges de família, que consistia en una sessió clínica on es revisava tot el llistat de medicaments inadequats, els motius pels quals es consideraven inadequats i s'apuntaven les alternatives terapèutiques més segures i eficaçment equivalents.

Posteriorment a aquesta intervenció, es va realitzar un segon anàlisi descriptiu, utilitzant els mateixos criteris que el primer però es va fer entre el setembre de 2012 i l'agost de 2013. En aquesta segona ocasió, el resultat va ser de 617 prescripcions inadequades, amb una disminució del 15% sobre el rati d'inadequació per pacient, que en aquest segon període va ser de 0,217.

A continuació es pot veure la taula comparativa entre ambdós períodes. Al marge esquerre apareixen els 27 fàrmacs inadequats agrupats de la següent manera: el quadre inferior reuneix el grup de benzodiacepines de vida mitja llarga, el quadre d'entremig agrupa els antidepressius de vida mitja llarga i excessiva estimulació del sistema nerviós central i el grup superior aglutina una sèrie de fàrmacs heterogenis inadequats per a pacients d'edat avançada per motius varis. Per cada fàrmac podem veure l'evolució de la seva prescripció a cada període representada per les barres de diferent color. Al marge dret, observem el número de prescripcions per grups farmacològics, i l'evolució de les mateixes en els dos períodes analitzats. Podem veure que el grup més considerable és el de les benzodiacepines, representades principalment per les prescripcions de diazepam i clorazepato, seguides pel grup dels antidepressius, en el qual destaca la fluoxetina. Tal com es representa gràficament, els tres grups han vist reduïda la seva prescripció després de la intervenció formativa.



Per acabar, podem concloure que l'experiència al nostre centre, realitzant una intervenció formativa, ha estat positiva a l'hora de reduir el número de prescripcions inadequades a pacients d'edat avançada. De tota manera, la xifra d'aquestes prescripcions segueix sent elevada, fet que en fa replantejar la realització de dos cicles formatius amb més freqüència i regularitat, la revisió sistemàtica dels plans de medicació i la inclusió d'alarmes als programes gestors de la història clínica.

Citació
Autores: Jiménez Muñoz, Beatriz; Rovira Marcelino, Gemma
Títol article: Do not do: Prescripcions inadequades a pacients d'edat avançada des de l'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 3. Número 1. Article 42
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl201/apsalut/articles-de-recerca-i-coneixement/id47/do-not-do-prescripcions-inadequades-a-pacients-dedat-avancada-des-de-latencio-primaria.htm
Data: 5 de gener de 2015

Auto-mesura de la pressió arterial en l'Atenció Primària

Eduardo González Álvarez. Resident d'Infermeria Familiar i Comunitària

Introducció

El control de la tensió arterial (TA) dels pacients es fa imprescindible des de l'atenció primària (AP) per poder prevenir, detectar i/o tractar les malalties cardiovasculars. Existeixen varis factors i marcadors de risc cardiovascular. Un d'ells és la tensió arterial alta o hipertensió (HTA).

Es defineix la HTA com l'elevació mantinguda de la pressió arterial (PA) per sobre dels límits normals. Tant el Setè Informe del Joint National Comittee (JNC-7) de 2003 com l'Informe de la OMS del mateix any consideren com a límits de la normalitat una PA Sistòlica (PAS) ≥ de 140 mmHg i/o una PA diastòlica (PAD) ≥ de 90 mmHg (xifres de TA a consulta), a persones no tractades amb fàrmacs antihipertensius.

Al nostre país la prevalença de la HTA es situa al voltant d'un 30-45% de la població general. Aquest percentatge augmenta fins el 85% quan parlem de majors de 65 anys. A més, és destacable el fet que entre els menors de 18 anys la prevalença és d'entre el 3,5% i el 5% i que els infants/joves hipertensos tindran un risc cardiovascular més elevat en l'edat adulta.

Els consensos internacionals d'experts en HTA recomanen realitzar una estratificació precisa del risc cardiovascular (RCV), establint així que l'estimació del RCV ha de comprendre la determinació exacta de la pressió arterial (PA) a la consulta o pressió arterial clínica (PAC). Degut a la variabilitat de la PA i per tal de

superar algunes limitacions de la determinació de la PAC, aconsellen realitzar-ne controls fora del centre de salut. No obstant això, la presa de TA a la consulta ha estat habitualment el mètode diagnòstic per la HTA mitjançant l' esfigmomanòmetre de mercuri, aneroide (juntament amb el mètode d'auscultació de Korotkoff) o els digitals actuals. Malgrat que aquest ha estat el mètode tradicional té alguns **limitacions**:

- Reduït número de mesures de la PA que es poden realitzar al consultori.
- Absència d'informació sobre la PA més enllà de l'àmbit sanitari.
- Presència de l'efecte de la bata blanca que s'observa en una part important de pacients degut, en part, a la reacció d'alerta que provoca el personal sanitari, i que no es pot evitar amb la PAC.
- Menor precisió i exactitud de la PAC.

Durant els darrers anys han sorgit diferents mètodes alternatius per mesurar la TA (encara que la PAC segueix essent el mètode de referència pel cribatge, diagnòstic i maneig general de la HTA (recomanació IB segons la Guia Europea de HTA de 2013)) que salven algunes d'aquestes limitacions intentant millorar la precisió i exactitud. Entre aquests mètodes hi ha l'Auto-mesura de la Pressió Arterial (AMPA) (recomanació IIaB segons la Guia Europea de HTA 2013) y la Monitorització Ambulatòria de Pressió Arterial (MAPA). Ambdues sorgeixen com a tècniques complementàries de la mesura de la PAC, recolzades per les guies més importants sobre la HTA.

CONCEPTE D'AMPA

La Lliga Mundial d'Hipertensió defineix l'AMPA com les lectura de la PA realitzades a fora de la consulta, habitualment al domicili, per persones que no són professionals sanitaris, és a dir, pel propi pacient o persones del seu entorn.

L'avantatge més gran de l'auto-mesura de la PA és que es poden obtenir un gran nombre de mesures fora de l'ambient sanitari i fer així lectures més properes a les condicions de vida quotidianes de cada pacient evitant la reacció d'alerta (RA) que es deriva de la presència dels professionals sanitaris a la consulta.

Equips d'auto-mesura de la pressió arterial

Si bé els aparells que es poden utilitzar per l'AMPA són els mateixos que per fer la mesura clínica, és a dir, l'esfigmomanòmetre de mercuri, l'aneroide i els dispositius electrònics, a la pràctica només es recomana que es facin servir els darrers.

L'esfigmomanòmetre de mercuri és el més senzill i precís per a la mesura indirecta de la PA però no és recomanable perquè requereix l'ús del fonendoscopi per auscultar els sorolls de l'ona del pols. Exigeixen la revisió de la vàlvula de control i cal calibrar-los periòdicament. A més, com que plantegen problemes de contaminació ambiental pel mercuri, s'estan retirant progressivament. En un futur, el seu ús es reduirà a ser patró per calibrar la resta de dispositius y per poder realitzar mesures fiables en pacients amb fibril·lació auricular o altres arítmies greus.

Respecte als esfigmomanòmetres aneroides són menys precisos que els de mercuri i tots tenen els seus problemes, per la qual cosa no són els més adequats per l'AMPA.

Els aparells electrònics de mesura de la PA són els dispositius amb més expectatives i els més recomanats actualment per la facilitat d'ús, la fiabilitat, característiques particulars (pantalla digital, impressora o la possibilitat de transmetre les dades a un ordinador o dispositiu mòbil) i econòmicament són assequibles. Requereixen menys formació per utilitzar-los i són adequats pels pacients amb malalties associades com l'artritis o la sordesa.

Els aparells electrònics poden ser semiautomàtics (l'inflat és manual i el desinflat és automàtic) o automàtics (l'inflat i el desinflat són automàtics). Segons el mètode de mesura poden ser:

- Oscil·lo mètrics. Es basen en la detecció oscil·lo mètrica de l'ona del pols. Són els aparells més recomanats actualment.
- Auscultatoris. Utilitzen un micròfon electrònic incorporat al maneguet per detectar els sons de Korotkoff. Els micròfons són molt sensibles al moviment i difícils de col·locar en la posició adequada. Actualment no són recomanats.
- Mixtos. Registren la PA a intervals determinats i fan servir dos mètodes de mesura: detecció dels sons de Korotkoff i oscil·lometria. Avui en dia tampoc es recomanen.

Actualment s'aconsellen els aparells automàtics oscil·lo mètrics que mesuren la PA en l'artèria braquial. Es desaconsellen els que la mesuren en l'artèria radial, encara que el seu ús pot justificar-se en persones obeses amb una circumferència de braç excessivament gran.

El principal problema d'utilitzar els aparells electrònics de forma habitual és que no són sempre exactes i que han de complir uns criteris de qualitat. No tots estan validats degudament per organismes competents. El professional sanitari (metge, infermer o farmacèutic) ha d'informar al pacient de que només s'han de fer servir els aparells que han estat validats de manera independent.

Metodologia de la mesura

Les condicions del pacient i de l'equip són les mateixes que durant la mesura de la pressió arterial a la consulta.

Tant si realitzem l'AMPA per a un nou diagnòstic de la HTA com pel control i seguiment del pacient ja diagnosticat, s'ha de realitzar seguint les instruccions que marca la Societat Europea y la Societat Espanyola d'Hipertensió en les guies del 2013. Aquestes recomanacions són les següents:

<u>Per al diagnòstic de la HTA</u>

- Realitzar tres mesures al matí (entre les 6 i les 9 hores) i tres a la tarda (entre les 18 i les 21 hores) durant cinc dies laborals (mínim tres). Descartar la primera mesura del matí i de la tarda.
- Descartar el primer dia.
- Calcular la mitjana de totes les mesures realitzades vàlides (eliminant les descartades).
- Les tres mesures es realitzaran amb un interval de 2-3 minuts.

Per al seguiment i control de la HTA

Mateix procediment que l'anterior tenint en compte que s'ha de realitzar la mesura del matí abans de prendre la medicació antihipertensiva. S'ha de fixar prèviament un dia a la setmana per fer la mesura (preferiblement laboral). En aquest cas es sol demanar la lectura cada 15 o 30 dies durant el període en què es vol avaluar i/o modificar les mesures terapèutiques implantades prèviament.

Valors de referència

Segons els treballs publicats, no es poden acceptar com a valors normals de l'AMPA els mateixos límits que s'accepten per a la PAC, ja que les xifres de la PA obtingudes amb l'AMPA són menors que les corresponents a la mesura a la consulta.

La definició dels valors de normalitat de l'auto-mesura de la PA, independentment del mètode utilitzat per mesurar-la, s'ha realitzat a partir d'estudis poblacionals transversals i de cohorts. S'accepta que la PA obtinguda per l'AMPA és uns 5 mmHg inferior a l'obtinguda a la consulta, fet pel qual les Societats Científiques estableixen arbitràriament el límit de la normalitat en valors inferiors a 135/85 mmHg i es reconeix com a valor òptim l'inferior a 130/80 mmHg. Aquests límits haurien de ser inferiors en pacients que tinguin uns valors de normalitat inferiors a la consulta, com els diabètics, els insuficients renals o durant el primer semestre de l'embaràs.

Indicacions

L'AMPA es pot utilitzar tant per un nou diagnòstic de la HTA, com pel seguiment i control de la mateixa.

Diagnòstic

- Detecció de fenòmens de reacció d'alerta en la mesura de la pressió realitzada en la consulta.
- Identificació d'Hipertensió Clínica Aïllada (HTA de "bata blanca"). S'ha de confirmar per MAPA de 24 hores.
- Confirmació del diagnòstic d'hipertensió arterial de grau lleuger (grau 1).

Seguiment clínic

- Confirmació de la sospita d'hipertensió arterial refractària.
- Valoració de la resposta al tractament identificant als pacients amb un bon o mal control, així com els pacients que presenten períodes d'insuficient cobertura terapèutica.
- Diagnòstic d'hipertensió arterial làbil i identificació dels pacients amb gran variabilitat de xifres de la seva pressió arterial.
- Detecció d'episodis d'hipotensió relacionats amb el tractament farmacològic.
- Facilita el seguiment i control dels pacients amb menor accessibilitat als serveis sanitaris.
- Permet espaiar el temps entre visites mèdiques.

Avantatges de l'AMPA

- Permet realitzar un diagnòstic precís de la HTA mantinguda i de la HTA clínica aïllada, al no acompanyar-se de reacció d'alerta (indueix la presència de HTA de bata blanca).
- La lectura automàtica delimita la distorsió de l'observador.
- Presenta una major reproducció o precisió que la Pressió Arterial Clínica (PAC).
- Informa millor de la variabilitat de la PA.
- Permet una millor selecció i seguiment dels hipertensos que participen a assajos clínics.
- Presenta una bona correlació amb l'afectació d'òrgans diana.
- Permet valorar l'efecte dels fàrmacs antihipertensius sobre la PA.
- Permet l'estudi de la HTA refractària.
- Pot millorar l'adherència al tractament.
- Pot reduir els costos en el seguiment de la HTA.
- El seu cost és inferior al de la MAPA.

Limitacions de l'AMPA

- Es necessiten nous estudis prospectius per la confirmació de les xifres diagnòstiques de normalitat, ja que l'ús d'aquest mètode és relativament recent.
- Manca de consens en el número mínim d'auto-mesures necessari per a obtenir un valor precís de la PA, ja que existeixen diferents recomanacions segons la bibliografia consultada.
- No permet realitzar mesures durant les hores de son i és més difícil en horari de treball.
- No tots els pacients son tributaris d'AMPA.
- Els pacients poden fer servir aparells no validats clínicament.
- Necessitat de formar els pacients.
- Pot induir al pacient a prendre decisions.
- Possibilitat de falsejar els resultats (aquest aspecte s'evita amb els aparells electrònics amb memòria interna).
- Cost dels aparells d'AMPA.

Recomanacions sobre la realització de l'AMPA

S'estima que només una de cada tres persones que realitzen l'AMPA ho fan per prescripció facultativa. En aquest sentit és important tenir en compte que, a l'hora de recomanar un aparell d'AMPA als pacients, aquest ha de complir determinats requisits. Igualment, és fonamental l'estandardització de les condicions de mesura de la PA al domicili. Per això és imprescindible que personal qualificat formi als pacients o a les persones del seu entorn sobre les condicions per mesurar la PA.

Els requisits per realitzar una mesura correcta són:

- **Posició:** assentat en una cadira còmoda, amb l'esquena recolzada i evitant creuar les cames (també pot estar de costat). En ambdós casos, el braç en el qual es fa la mesura ha d'estar estès i recolzat a l'alçada del cor, sense roba que oprimeixi i sense moure'l durant la mesura.
- **Condicions del pacient:** ha d'estar tranquil i sense dolor, sense haver pres alcohol, tabac o cafè, ni haver realitzat exercici físic durant l'hora prèvia. Ha de tenir la bufeta de l'orina buida. Ha d'estar almenys 5 minuts en repòs abans de realitzar la mesura.
- **Condicions ambientals:** temperatura agradable (al voltant dels 20ºC), sense sorolls.
- **Maneguet de mida adequat al perímetre del braç del pacient:** es important fer servir un maneguet de mides adequades. La càmera inflable ha de tenir un ample del 40% de la circumferència del braç y una llargada del 80% de la mateixa circumferència. Es recomana que la càmera inflable es col·loqui sobre l'artèria braquial i rodegi les dues terceres parts de la circumferència del braç. En persones obeses, si el diàmetre és adequat al maneguet, es pot col·locar el maneguet en l'avantbraç per sota on es blega el colze, situant el sensor sobre l'artèria radial.

Bibliografia

- Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Grupo de trabajo de HTA. Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de Atención Primaria. 2006.
- Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC).Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión. Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Elsevier España. Vol. 30, Extraordinario 3. Diciembre 2013.
- Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flo- res I, Molina R et al. Grupo de trabajo en HTA semFYC. Documento semFYC: Automedida de la presión arterial (AMPA) en Atención Primaria (I). Aten Primaria 2003;31:545-52.
- Bonet A, Dalfó A, Domínguez M, Egocheaga MI, Flo- res I, Molina R et al. Grupo de trabajo en HTA semFYC. Documento semFYC: Automedida de la presión arterial (AMPA) en Atención Primaria (II). Aten Primaria 2003;31:606-12.
- Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, Llisterri JL et al. Documento de Consenso Español sobre AMPA. 2006
- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520

Citació
Autor: González Álvarez, Eduardo
Títol article: Auto-mesura de la pressió arterial en l'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 3. Número 2. Article 48
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl201/apsalut/articles-de-recerca-i-coneixement/id53/auto-mesura-de-la-pressio-arterial-en-latencio-primaria.htm
Data: 19 de març de 2015

Treball guanyador del Premi Josep Manuel da Pena 2015

Estudio de cohortes retrospectivo en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con bifosfonatos durante más de 10 años

Elba Arnal Perez, Elena Alfaro Garcia-Belenguer, Clara Ayuda Alegre, Bárbara Doncel Soteras, Raquel Rueda Rubio y Víctor Navarro Castillo de la Unidad Docente Zaragoza Sector 1

RESUMEN

TÍTULO: Estudio de cohortes retrospectivo en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con bifosfonatos durante más de 10 años.

JUSTIFICACIÓN: No hay consenso sobre cuánto tiempo continuar el tratamiento con bifosfonatos ni de cuándo reiniciarlo tras las vacaciones terapéuticas. Aunque el beneficio en la prevención de las fracturas osteoporóticas está demostrado, el tratamiento prolongado puede llevar a una supresión del recambio óseo y aumentar la fragilidad ósea, además de otros efectos adversos.

OBJETIVO: Analizar las fracturas osteoporóticas en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con Bifosfonatos durante más de 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: cohorte retrospectiva o histórica.
Población: una comunidad autónoma.
Muestra: 1350 mujeres mayores de 75 años con/sin fractura típica que hayan tomado Bifosfonatos durante más de 10 años. Se estratificará por sectores.
Metodología: mediante programa SPSS, análisis univariable y bivariable con Chicuadrado para cualitativas y de regresión para cuantitativas. Análisis multivariable. Curva de supervivencia.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS ESPERADOS: Conocer la efectividad y efectos secundarios del uso prolongado de los bifosfonatos. Establecer recomendaciones sobre el tiempo de duración del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Osteoporosis, BifosfonatosDiphosphonates, Fracturas óseasFractures, Bone, MujeresWomen.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es la enfermedad metabólica más frecuente en los países occidentales cuya prevalencia aumenta con la edad y sexo femenino.(1)

Está causada por un exceso de resorción ósea y se diagnostica mediante una densitometría ósea, siendo el parámetro diagnóstico el Tscore, igual o menor de -2’5 DS.

Los bifosfonatos son agentes antirresortivos con relativamente pocos efectos adversos, por lo que son utilizados para tratar la osteoporosis. Éstos se administran a pacientes con patologías caracterizadas por un aumento de resorción ósea, como la osteoporosis, la hipercalcemia multicausal, la enfermedad metastásica ósea, y enfermedad de Paget. (2) En mujeres postmenopáusicas con osteoporosis existe una evidencia 1A para ser tratadas farmacológicamente, cuya primera opción de tratamiento son los bifosfonatos con una evidencia 2B.(3)

Existen diferentes tipos de bifosfonatos siendo el de más amplia experiencia de uso el alendronato, que aumenta la densidad ósea y disminuye el riesgo de fractura osteoporótica.(2) El risendronato disminuye el riesgo de fractura de cadera; sin embargo el alendronato aumenta la densidad ósea más que risendronato en los primeros 12 meses y no existe diferencia en el riesgo de fractura. El Ibandronato es de uso intravenoso (diario o mensual) y es de elección cuando no se toleran bifosfonatos por vía oral. El Ácido zolendrónico aumenta la densidad ósea y disminuye el riesgo de fractura.

Actualmente no hay consenso sobre cuánto tiempo se debe continuar el tratamiento con bifosfonatos. El alendronato, risedronato, y el ácido zoledrónico han demostrado eficacia para 10, 7, y 6 años, respectivamente.

Interrumpir la terapia después de tres a cinco años (un 'descanso de los medicamentos ') puede ser razonable para algunas mujeres, ya que mantiene un incremento de la DMO y la reducción del riesgo de fractura.
Cooper C, llegó a la conclusión de que la decisión de la duración dependerá de las características individuales de cada paciente, los efectos secundarios y la gravedad de la osteoporosis.(4) y se han estudiado los efectos

de la administración diaria o de forma intermitente (5). No hay datos acerca de cuándo reiniciar el tratamiento con bifosfonatos tras las `vacaciones terapéuticas´.

Como ya hemos dicho, aunque el beneficio de los bifosfonatos en la prevención de las fracturas osteoporóticas está claramente demostrado (6,7,8,9,12), el tratamiento prolongado puede llevar a una supresión del recambio óseo (`el hueso helado´), además de otras complicaciones descritas como el riesgo de fibrilación auricular o de infarto (10) y aumentar la fragilidad ósea (2, 11).

Ante la inexistencia de consenso ni de evidencia científica clara, y debido a la discusión y disparidad de criterios que plantea esta situación , realizamos este estudio con el fin de analizar y conocer si los bifosfonatos protegen del riesgo de fracturas, así como los diferentes efectos adversos asociados a su uso y para intentar analizar mediante un modelo de supervivencia el tiempo recomendado de duración del tratamiento.

OBJETIVOS

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿El tratamiento con Bifosfonatos más de 10 años protege del riesgo de las fracturas típicas osteoporóticas? ¿Aumenta los efectos secundarios? ¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento?

Población: mujeres >75 años.
Intervención: tratamiento bifosfonatos más de 10 años.
Resultados: fracturas típicas.

HIPÓTESIS
El tratamiento con Bifosfonatos durante más de 10 años no protege del riesgo de las fracturas típicas osteoporóticas y aumenta los efectos secundarios.

OBJETIVO PRINCIPAL
Conocer la incidencia de fracturas osteoporóticas en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con Bifosfonatos durante más de 10 años.

OBJETIVOS SECUNDARIOS
Conocer variabilidad de la incidencia de fracturas osteoporóticas según el tipo de Bifosfonato y el tiempo de duración del tratamiento.
Conocer incidencia de efectos secundarios (fracturas atípicas, osteonecrosis mandibular y cáncer de esófago) del tratamiento con Bifosfonatos.
Conocer variabilidad de la incidencia de efectos secundarios según el tipo de Bifosfonato y el tiempo de duración del tratamiento.
Conocer incidencia de paciente con “drug holiday” y su variabilidad según el tipo.
Establecer el tiempo adecuado tratamiento con bifosfonatos mediante una curva supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO
COHORTE RETROSPECTIVA O HISTÓRICA

MUESTRA

Tamaño muestral:

Se seleccionaron mujeres > 75 años en tratamiento con bifosfonatos.

Tomando la prevalencia de osteoporosis de mujeres mayores de 50 años en una población española representativa es del 26,1% (13) y estimando que el porcentaje global de fracturas es del 35% (tomando como referencia una prevalencia del 40% para fracturas vertebrales según el ensayo clínico VERTNA (14) y del 30% para fractura de cadera según el estudio HIPS (15)), para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%, se precisan un total de 203 pacientes.

Dicha muestra se incrementó para una proporción esperada de pérdidas por diferentes motivos de un 36% en caso de pérdidas pasando a un total de 317 mujeres con fracturas y sin fracturas. Se estratificó por sectores. Sabiendo el % que representa cada estrato de edad respecto al total de la población del sector I y II se calculó el nº total de personas de cada sector para esa edad.

Posteriormente se calculó el % que representan las mujeres en el mismo estrato de edad en Aragón a partir de los nº absolutos que se tienen. Con esos dos datos y suponiendo que las mujeres se distribuyen de igual manera en todo Aragón que por los distintos sectores aplicamos el % obtenido al nº de personas de ambos sexos por estrato de edad y conseguimos el nº de mujeres que hay en cada sector. Para ello, se partió de una población de 46.370 mujeres > 65años en el sector II (74,6%) y 15.736 en el I (25,4%).

Grupo 1: Mujeres mayores de 75 años con fractura típica que hayan tomado Bifosfonatos durante más de 10 años. Criterios de exclusión: mujeres mayores de 75 años con fracturas no osteoporóticas, antecedentes de mieloma múltiple, neoplasias hematológicas u óseas.

Grupo 2: Mujeres mayores de 75 años sin fractura típica que hayan tomado Bifosfonatos durante más de 10 años. Criterios de exclusión: mujeres mayores de 75 años con fracturas no osteoporóticas, antecedentes de mieloma múltiple, neoplasias hematológicas u óseas.

METODOLOGÍA

Tras la revisión bibliográfica, se preparó listado de fármacos y se diseñó el proyecto. Tras solicitar los permisos pertinentes a Comité de Ética y Gerencia de Zaragoza, Huesca y Teruel para realizar este estudio, el subdirector de Atención Primaria solicitó al servicio de informática (CAU) el listado de pacientes a los que se había prescrito bifosfonatos con los códigos ATC siguientes (alendrónico:M05BA04, ibandrónico:M05BA06, zoledrónico:M05BA08). Los investigadores seleccionaron una muestra mediante tabla de números aleatorios realizada con una aplicación informática (www.numeroalazar.com.ar). Realizaron estudio de campo en las muestras seleccionadas e introducirán los datos en la base de datos previamente creada.

VARIABLES DE RESULTADO

Fractura osteoporótica: cualitativa

OTRAS VARIABLES

· Efectos secundarios (fracturas atípicas, osteonecrosis mandibular, cáncer esófago): cualitativas
· Fecha de inicio del primer tratamiento con bifosfonatos

· Fecha de fin del primer tratamiento con bifosfonatos
· Fecha de inicio del segundo tratamiento con bifosfonatos
· Fecha de fin del segundo tratamiento con bifosfonatos
· Fecha de fractura.
· Fecha del efecto secundario.
· Tipo de bifosfonato: alendrónico, ibandrónico, zolendrónico: cualitativa
· Fecha de nacimiento. Tipo fecha
· "Drug holiday". Cualitativa
· Efectos secundarios. Cualitativa
· Duración tratamiento. Cuantitativa

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizó análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS. Análisis descriptivo de variables cualitativas mediante n y porcentaje, y de las cuantitativas mediante media y desviación estándar si siguen una distribución normal o mediana o intervalo intercuartil si la distribución no es normal.

Análisis bivariable: para el análisis de comparación de dos variables cualitativas utilizamos la Chi-cuadrado y el análisis de regresión simple cuando las dos son cuantitativas.

Estudiamos las posibles modificaciones o confusiones mediante análisis multivariable.

Se realizó modelo mediante curva de supervivencia.

CRONOGRAMA
Enero 1º año: Reunión del grupo de trabajo, para decidir tiempos de investigación y distribuir tareas.

Enero 1º año: Los investigadores realizarán la búsqueda bibliográfica.

Enero - Abril 1º año: El investigador principal solicitará los permisos necesarios a Comité de Ética y las Gerencias de los sectores sanitarios correspondientes del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y lo pondrá en conocimiento de las Direcciones de Atención Primaria.

Enero - Abril 1º año: El subdirector de Atención Primaria solicitará al servicio de informática la lista de pacientes diagnosticados con fracturas osteoporóticas (fractura de Colles, vertebral y/o cadera) y sin fracturas de pacientes en tratamiento con bifosfonatos, asociando el código de cada paciente con su número de afiliación a la Seguridad Social.

Mayo 1º año: Se seleccionará una muestra mediante números aleatorios.

Junio 1º año - junio 2º año: Los investigadores realizarán estudio de campo en las muestras seleccionadas e introducirán los datos en la base de datos previamente creada.

Julio - Septiembre 2º año Se realizará análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS.

Octubre 2º año - Abril 3º año: Redacción definitiva y difusión de resultados.

RESULTADOS

Resultados provisionales tras analizar dos sectores de los cuatro previstos:

Mujeres, mediana de edad 79 años (IQR: 7 años).

No hay diferencias significativas en los grupos ni en duración del primer tratamiento (mediana casos:25 meses; IQR: 43 meses y mediana controles 30 meses; IQR 43 meses); UMann-Whitney: 18778,5; p=0,8. Ni en la del segundo (mediana casos: 17 meses; IQR:31 meses y mediana controles 16,5 meses; IQR:33meses); UMann-Whitney 1383; p=0,8. Ni en los meses de vacaciones terapéuticas (mediana casos 6 meses; IQR:28 meses y mediana controles 10,5 meses; IQR:26 meses); UMann-Whitney 1222,5; p=0,2.

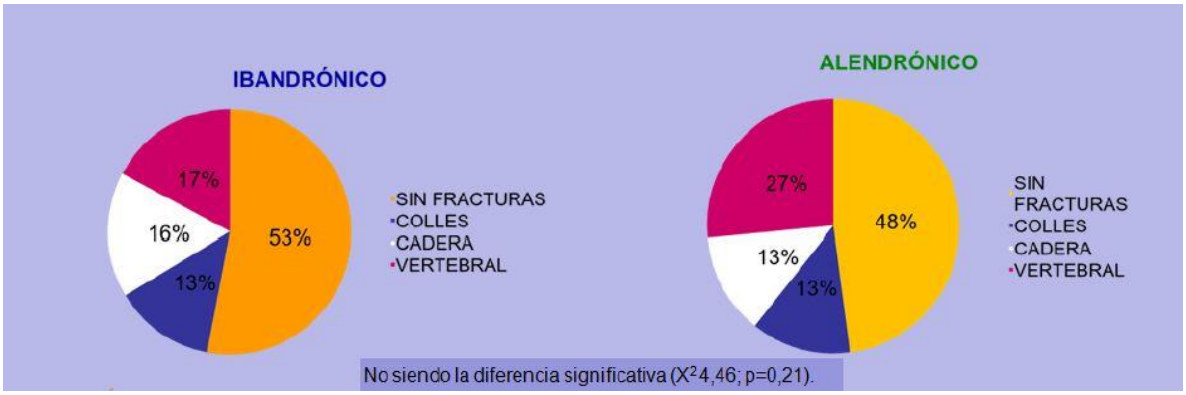
Tampoco diferencias respecto al tratamiento prescrito: 63,7 % (123/193) de los casos con Alendrónico y 36,3%(70/193) con Ibandrónico y 61,2% (112/183) de los controles con Alendrónico y 38,8%(71/183) con Ibandrónico (X2:0,256;p:0,613).

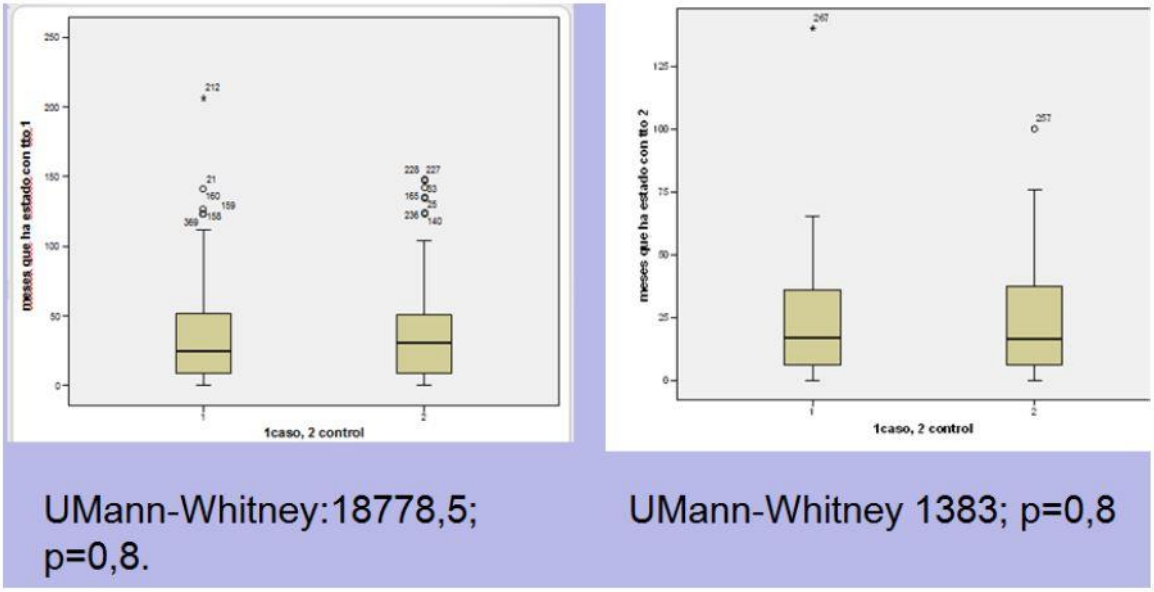
Las pacientes en tratamiento con Alendrónico, 47,9%(112/234) no han tenido fractura, 12,8%(30/234) fractura de Colles, 12,8%(30/234) cadera y 26,5%(62/234) vertebral. Las pacientes en tratamiento con Ibandrónico 53%(71/134) no han tenido fractura, 13,4%(18/134) fractura de Colles, 16,4%(22/134) cadera y 17,2%(23/134) vertebral. No siendo la diferencia significativa (X 2 4,46; p=0,21).

Un 1,3% (5/376) de los pacientes presentaron osteonecrosis mandibular: 0,8% (3/5) controles con Alendrónico y 0,5% (2/5) casos con ibandrónico (X2: 0,015; p=0,9). Mediana duración del tto 51,5 meses.

CONCLUSIONES

La mitad de las pacientes en tratamiento con bifosfonatos tendrán una fractura osteoporótica. Los efectos secundarios no están relacionados con las fracturas ni con el tipo de tratamiento sino con la duración del tratamiento.





Bibliografía

- Martín Jiménez JA, Martín Martín R, Trigueros Carrero JA. Reumatología. En Manual de Medicina General y de Familia. Volumen II. SEMG; 2010. P. 329
- Hillel N Rosen, Clifford J Rosen, Kenneth E Schmader. Biphosphonates in the management of osteoporosis in postmenopausal women. 2013 Uptodate. Disponible en www.uptodate.com
- Castiñeira Pérez C, Costa Rivas C, Louro González A. 2012. Guía clínica de Osteoporosis, Fisterra. Disponible en www.fisterra.es
- Cooper C, Reginster JY, Cortet B, DiazCuriel M, et al. (2012). Longterm treatment of osteoporosis in postmenopausal women: A review from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the International Osteoporosis Foundation (IOF). Current Medical Research and Opinion 28(3):475491.
- Chesnut III CH, Skag A, Christiansen C, Recker R, Stakkestad JA, Hoiseth A, Felsenberg D, Huss H, Gilbride J, Schimmer RC, Delmas PD; Oral Ibandronate Osteoporosis Vertebral Fracture Trial in North America and Europe (BONE). Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis. J Bone Miner Res. 2004 Aug;19(8):12419. Epub 2004 Mar 29.
- Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD001155. doi: 10.1002/14651858.CD001155.pub2.
- Freemantle N, Cooper C, DiezPerez A, Gitlin M, Radcliffe H, Shepherd S, Roux C. Results of indirect and mixed treatment comparison of fracture efficacy for osteoporosis treatments: a metaanalysis. Osteoporos Int. 2013 Jan;24(1):20917. doi: 10.1007/s0019801220689. Epub 2012 Jul 26.
- Parikh S, Avorn J, Solomon DH. Pharmacological management of osteoporosis in nursing home populations: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2009 Feb;57(2):32734. doi: 10.1111/j.15325415.2008.02119. x.

· Wilkes MM, Navickis RJ, Chan WW, Lewiecki EM. Bisphosphonates and osteoporotic fractures: a crossdesign synthesis of results among compliant/persistent postmenopausal women in clinical practice versus randomized controlled trials. Osteoporos Int. 2010 Apr;21(4):67988. doi: 10.1007/s0019800909911. Epub 2009 Jul 2.
· Sharma A, Chatterjee S, ArbabZadeh A, Goyal S, Lichstein E, Ghosh J, Aikat S. Risk of serious atrial fibrillation and stroke with use of bisphosphonates: evidence from a metaanalysis. Chest. 2013 Oct;144(4):131122. doi: 10.1378/chest.130675.
· Murad MH, Drake MT, Mullan RJ, Mauck KF, Stuart LM, Lane MA, AbuElnour NO, Erwin PJ, Hazem A, Puhan MA, Li T, Montori VM. Clinical review. Comparative effectiveness of drug treatments to prevent fragility fractures: a systematic review and network metaanalysis. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Jun;97(6):187180. doi: 10.1210/jc.20113060.

ASPECTOS ÉTICOS

Confidencialidad de los datos: sólo los investigadores tendrán acceso a los datos de los sujetos participantes, y a cada paciente se le identificará con un número que será la única identificación que figurará tanto en los impresos como en la información ligada al estudio (bases de datos) para garantizar la confidencialidad. Se ha solicitado autorización antes de comenzar el estudio a Comité de ética y a las Gerencias de Salud.

Citació
Autor: Arnal Pérez, Elba; Alfaro Garcia-Belenguer, Elena; Ayuda Alegre, Clara; Doncel Soteras, Bárbara; Rueda Rubio, Raquel; Navarro Castillo, Víctor.
Títol article: Estudio de cohortes retrospectivo en mujeres mayores de 75 años en tratamiento con bifosfonatos durante más de 10 años
Revista: APSalut. Volum 3. Número 3. Article 53
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl201/apsalut/articles-de-recerca-i-coneixement/id59/estudio-de-cohortes-retrospectivo-en-mujeres-mayores-de-75-anos-en-tratamiento-con-bifosfonatos-durante-mas-de-10-anos.htm
Data: 19 de juny de 2015

Addicció a les noves tecnologies. Senyals d'alerta

Elvira Toro. Psicòloga de Prevenció Assistència i Seguiment SL (PAS)

En molt poc temps les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) han arribat a les nostres llars per quedar-se. Aquestes tecnologies comprenen ordinadors i altres dispositius (tauletes, portàtils, smartphones, consoles) que poden connectar-se a internet, i les seves aplicacions (jocs, xarxes socials, serveis de missatgeria, etc.) ens han obert un munt de noves possibilitats, impensables fa uns anys. Des d'un ordinador o un telèfon intel·ligent i una connexió a internet són moltes les portes que se'ns obren al món. Alguns exemples dels avantatges al nostre abast són, entre d'altres, accedir i compartir coneixements amb altres persones, relacionar-se amb gent de l'altra banda del món de manera instantània, fer compres on-line, realitzar tràmits o cercar feina activament sense moure's de casa. Així doncs, és innegable el potencial enriquidor que les tecnologies de la informació poden aportar a les nostres vides.

Però no hem d'oblidar que per molt útils que siguin aquestes tecnologies, un ús inadequat pot tenir conseqüències nocives en la persona. Avui posarem èmfasi en el risc de desenvolupar una addicció tecnològica o ciberadicció. Si tenim en compte que qualsevol tendència desmesurada cap a la realització d'una activitat pot convertir-se en una addicció (per exemple: addicció a les compres, a la feina...), l'ús inadequat de les TIC no és una excepció. Col·loquialment és fàcil dir que una persona està "enganxada" a internet, o a un dispositiu concret quan hi passa molt de temps davant, o a una determinada aplicació, però no totes les persones que abusen de la tecnologia digital arriben a desenvolupar una addicció. No es tracta de les hores que la persona passa davant les tecnologies sinó de si la utilització que se'n fa influeix negativament en la seva vida.

Com podem saber que una persona pot haver desenvolupat una dependència a les Noves Tecnologies? Les principals senyals d'alarma són les següents:

- La persona descuida altres activitats importants de la seva vida com a conseqüència del temps que passa connectat. No surt amb amics per poder passar més temps davant l'ordinador, abandona activitats d'oci que abans eren gratificants, mostra una baixada en el rendiment escolar o es distancia de la seva família (aïllament social).
- Pèrdua d'hores de son a causa del temps que dedica a aquestes tecnologies. Es pot considerar simptomàtic dormir menys de cinc hores diàries.
- Pensaments constants sobre la connexió quan no està connectat. La persona presenta una necessitat compulsiva per estar connectat i en cas de no aconseguir-ho pot experimentar irritabilitat, ansietat, depressió (síndrome d'abstinència).
- Augment progressiu del temps de connexió per sentir-se satisfet (a aquest fenomen se l'anomena tolerància).
- Passa més temps connectat del que s'havia marcat inicialment. Intenta limitar el temps sense aconseguir-lo (pèrdua de control).
- Cada vegada rep més queixes de familiars o persones properes per aquest motiu.
- La persona comença a dir mentides al seu entorn sobre el temps real que passa connectat per la por que sent davant les conseqüències de dir la veritat.

En cas de presentar diversos d'aquests símptomes es recomana demanar ajuda a un familiar o persona de confiança. Si es detectés en un familiar és important parlar amb ell tranquil·lament, mostrant preocupació i oferint-li ajuda. Moltes vegades la persona implicada no és conscient que pot tenir un problema. Si abans no s'ha intentat limitar el consum de les noves tecnologies és un bon moment per establir uns horaris pactats i tractar d'omplir el temps amb altres activitats ben diferents. Si la dificultat continua és moment de demanar ajuda a un professional que assessori sobre els passos a seguir.

Així mateix, no cal tenir un problema per buscar una solució. Tot i que les persones adultes també són susceptibles de presentar una dependència a les noves tecnologies, el col·lectiu de major risc és el dels adolescents. Les característiques pròpies del moment evolutiu en que es troben, la facilitat d'accés a les TIC, els avantatges que experimenten i la familiaritat en el seu maneig fan que siguin especialment vulnerables. Per aquest motiu és important el paper preventiu dels pares a l'hora d'establir límits que afavoreixin el correcte ús d'aquestes tecnologies. Algunes conductes preventives que poden afavorir una utilització adequada són:

- Situar l'ordinador en una zona comú de la casa. D'aquesta manera és més fàcil exercir un control dels continguts i establir un límit en els horaris.
- Establir un temps i un accés adient a l'edat de la persona (en el cas dels videojocs està establerta l'edat recomanada d'ús).
- Promoure la pràctica d'activitats extraescolars fora de casa. Diversificar les activitats d'oci evitar que el menor centri tota la seva atenció en les tecnologies i nodreixi la seva vida.
- Educar els fills en l'ús correcte de les noves tecnologies. Acompanyar-los en el seus primers passos tecnològics, navegar amb ells, parlar sobre els possibles riscos i ensenyar bones conductes en el ciberespai.
- Afavorir la comunicació i la confiança amb els fills. Ells han de saber que en cas que tinguin un problema podran comptar amb els seus pares.

Per acabar, és important recordar que les TIC han de ser un mitjà que ens ajudin en la consecució dels nostres objectius, a nivell personal i professional, laboral i d'oci; és a dir, han d'estar al servei de la nostra vida. Si la nostra vida comença a estar al servei de les noves tecnologies ha arribat el moment de fer un canvi.

Elvira Toro. Psicòloga de l'EBA (Entitat de Base Associativa) **PAS** **www.passl.cat** que gestiona en col·laboració amb el **Citilab** el servei **Tecnoatenció** http://tecnoatencio.citilab.eu/ dedicat a l'atenció i prevenció de les addiccions tecnològiques creat a iniciativa de l'**Ajuntament de Cornellà de LLobregat**.

Citació
Autor: Toro, Elvira
Títol article: Addicció a les noves tecnologies. Senyals d'alerta
Revista: APSalut. Volum 3. Número 2. Article 49
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl197/apsalut/articles-tic/id51/addiccio-a-les-noves-tecnologies-senyals-dalerta.htm
Data: 23 de març de 2015

Les TICs com a eina de suport a l'atenció pediàtrica. L'experiència i els projectes de Pediatria dels Pirineus

Dr. Jordi Fàbrega Sabaté. Director Assistencial de Pediatria dels Pirineus, SCCLP

La comarca de l'Alt Urgell, als Pirineus lleidatans, és la segona comarca més gran de Catalunya, amb 1.447'48 Km^2 de superfície, però una de les de més baixa densitat de població, amb 15'22 habitants/km^2, amb 80 km de longitud i molts petits nuclis rurals, molts d'ells de difícil accés. La capital de comarca, La Seu d'Urgell, compta amb 13.060 habitants, i es troba a només 10 km de distància de la frontera amb Andorra, a 136 km de Lleida i a 178 km de Barcelona.

El dèficit de pediatres que han d'afrontar molts hospitals (sobretot comarcals) i CAPs es feia molt palesa en aquesta comarca, allunyada dels grans centres urbans. A més, la presència de dos proveïdors diferents, pels dos nivells d'atenció (primària i hospitalària), dificultava la coordinació entre els diferents professionals que depenien de diferents empreses, sobretot per a la cobertura de les vacances i/o eventuals baixes laborals, a més de la dificultat de formació continuada dels professionals.

El més d'octubre de 2009, amb l'objectiu de garantir la qualitat i la sostenibilitat de la prestació de l'atenció pediàtrica integral, es signà un conveni entre els diferents proveïdors de salut: Fundació Sant Hospital de La Seu d'Urgell (FSH) i Institut Català de la Salut (ICS) i l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJD), sota la supervisió del Departament de Salut (CatSalut), per tal de prestar l'assistència pediàtrica (primària i

hospitalària) a tota la comarca. Els professionals pediatres implicats es constituïren en un nou model d'Entitat de Base Associativa (EBA) mitjançant la personalitat jurídica d'una Societat Cooperativa Catalana Limitada Professional (SCCLP), anomenant-se Pediatria dels Pirineus, SCCLP, amb socis col·laboradors i socis treballadors, assumint, a més de l'assistència pediàtrica, totes les decisions organitzatives, econòmiques i legals.

Amb aquest nou model, es traspassà la gestió de la prestació pròpiament dita, emprant els circuits ja definits per a l'atenció primària i l'atenció especialitzada hospitalària, tant per a la programació i el registre de l'activitat assistencial, com en la generació de peticions de productes intermedis i la derivació de pacients, sense gestionar les despeses d'aquestes prestacions (proves complementàries, farmàcia, material sanitari i altres).

Aquest nou model entenem que ha comportat millores a diferents àmbits: a nivell assistencial s'ha aconseguit una excel·lent accessibilitat (100% d'èxit per obtenir cita prèvia < 48 hores amb 0'46 y 0'66 dies de demora en cada CAP, respectivament). S'han incrementat els Estàndards de Qualitat Assistencial (un 81% i un 178%, respectivament). Aquest fet ha repercutit en una disminució del 33% de les visites pediàtriques al Servei d'Urgències de l'hospital (un 66% en las franges horàries d'obertura dels CAPs). A nivell hospitalari, tot i un increment d'un 26'1% de la complexitat, existeix una major resolució (2009: estada mitjana esperada de 2'58 dies i real de 2'66 dies; 2013: estada mitja esperada de 3'03 dies i real de 2'26 dies). Tanmateix, s'ha evidenciat una disminució del 33% de les derivacions a altres centres fora de la comarca, així com del 41% dels trasllats interhospitalaris.

A nivell docent s'han implementat sessions formatives i cursos (incloent la retransmissió telemàtica de cursos, sobretot de HSJD) amb una mitjana de 6'5 cursos/professional/anys; i també amb actes comunitaris per a la promoció de la salut (mitjana de 22 actes/any); i s'ha aconseguit que part dels estudiants universitaris de medicina de la Universitat de Lleida realitzin la seva rotació en pediatria pels nostres serveis.

Des de l'inici de l'experiència, donada les característiques orogràfiques de la nostra comarca, i les distàncies amb els grans hospitals docents, especialment el nostre centre de referència (HSJD), varem apostar per les TICs (Tecnologies de la Informació i la Comunicació). Inicialment per temes formatius i docents, amb la realització de varis dels cursos per part dels nostres professionals via telemàtica (amb la plataforma webcasting de HSJD, de la qual en vam ser pioners com a receptors), i també la retransmissió (en directe o en diferit) de les conferències per a pares de HSJD, amb molt bona resposta per part de la població de l'Alt Urgell.

Posteriorment vàrem veure que les TICs també podien donar-nos el seu suport a nivell assistencial, en aquesta comarca on els desplaçaments no son fàcils i les distàncies són grans. Per aquest motiu el dia 1 de

setembre de 2011 vam iniciar la pàgina web de Pediatria dels Pirineus (www.pediatriadelspirineus.org) incloent un consultori virtual pels pares i/o tutors, on poden realitzar consultes on-line directament al pediatra i/o personal d'infermeria pediàtrica assignat als respectius CAPs.

Aquesta pàgina web té una part pública on hi ha diferents entrades sobre la nostra organització, horaris, informacions i notícies d'interès pels pares i/o tutors de l'Alt Urgell, i també hi ha entrades de diferents temes divulgatius relacionats amb la salut i la pediatria. És aquí on els pares i/o tutors s'han de donar d'alta per poder realitzar consultes virtuals (només al seu pediatra i/o infermer/a pediàtric, que és qui coneix al nen/a), i així complir amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades.

A part, la web disposa d'una part privada, on tenen accés tots els professionals de Pediatria dels Pirineus (pediatres, infermers pediàtrics i llevadores), i també tots aquells professionals que atenen o poden atendre població pediàtrica a la comarca (metges i infermer/es del Servei d'Urgències de la FSH, metges de família i infermer/es d'atenció primària dels diferents CAPs), on es poden consultar tots els nostres protocols i les nostres sessions formatives dels diferents anys. Amb això s'aconsegueix homogeneïtzar els tractaments que els nens reben a tota la comarca, amb independència del professional que en realitzi l'assistència.

En aquests 3 primers anys d'experiència s'han realitzat un total de 456 entrades a la web (incloent part pública i privada) i s'han rebut un total de 54.244 visites (mitjana de 49'6 visites/dia), amb un 52'36% de visites noves; la gran majoria procedents d'Espanya (91'2%), tot i presentar visites de 44 països diferents d'arreu del mon; amb un promig de temps de visita de 1 minuts i 45 segons i una mitjana de 2'08 pàgines per visita. En total s'han enregistrat 274 nens per poder realitzar consultes virtuals, realitzant-se un total de 1.103 consultes virtuals, totes elles respostes abans de 48 hores (un 98% abans de 24 hores). Els principals motius de consulta foren problemes de ritme intestinal (33%), quadres catarrals i/o tos (18%), alimentació (16%), quadres febrils (10%), dubtes sobre revisions del nen sa (10%), temes dermatològics (8%) i dubtes en dosis de medicaments (6%).

Als 12 mesos de funcionament de la web varem enviar enquestes de satisfacció als usuaris enregistrats fins llavors, tenint resposta en un 63%, dels quals el 80% van indicar que havien consultat la web recentment. El 92% dels enquestats creien que la informació del web era útil o molt útil. Un 82% d'ells havien emprat el consultori virtual, dels que el 100% refereixen que els va ésser útil o molt útil.

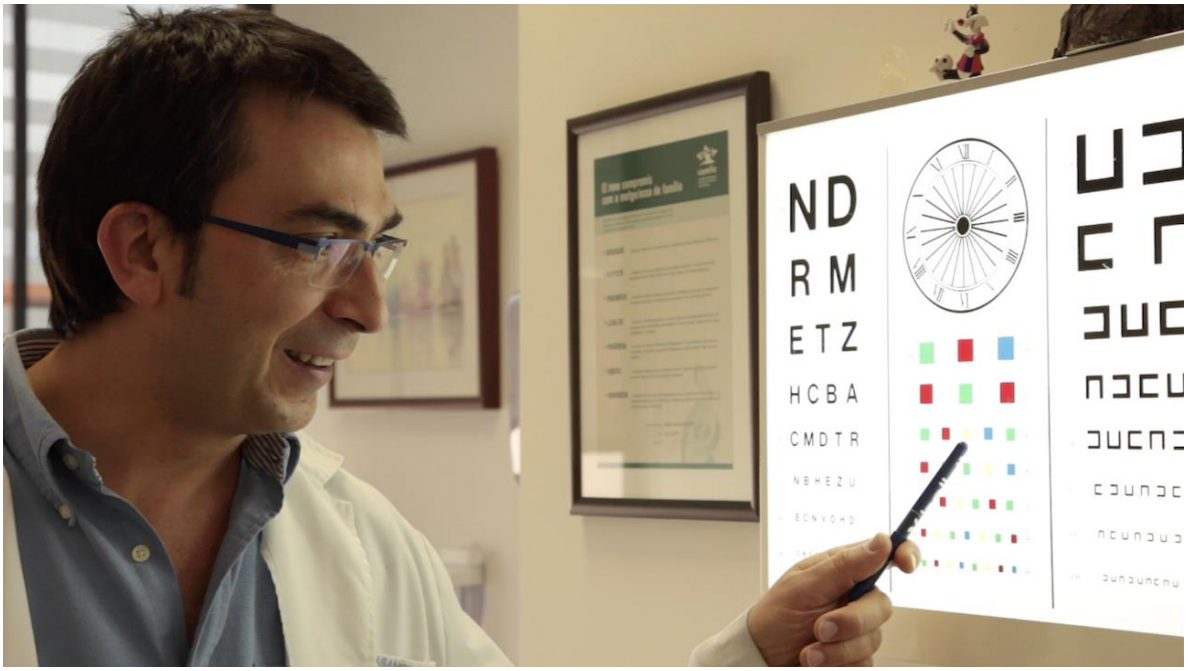
Tanmateix, per tal d'augmentar la nostra connexió i relació amb la població, especialment amb els pares i/o tutors, i amb els mateixos nens (sobretot adolescents), però també amb la resta de professionals i institucions de tot el territori català i del món sencer, Pediatria dels Pirineus compta amb una presència força activa a les xarxes socials. Així comptem amb usuari al facebook amb més de 400 amics i al twitter (@PedPirineus) amb gairebé 850 seguidors.

Com a projectes de futur, ara estem treballant en una connexió telemàtica entre els metges de família que realitzen guàrdies als diferents consultoris locals (als pobles d'Oliana, Coll de Nargó, Organyà, Martinet i Tuixent), tots ells separats entre 20 i 70 minuts de trajecte de l'hospital, on hi ha el pediatra de guàrdia. Fins ara, quan aquests professionals tenen un dubte a l'atendre un infant, es posen en contacte telefònicament amb el pediatra de guàrdia de l'hospital (nosaltres l'anomenem Pediatra de Guàrdia Territorial) per fer-ne la consulta.

Esperem poder iniciar el proper any, una nova manera de connexió, mitjançant un sistema de telemedicina que empra webcams i un sistema segur de transmissió de l'ICS, l'Openmettings (amb el que actualment estem realitzant cursos de formació telemàtica a tota la província de Lleida amb bons resultats). Amb aquest nou sistema, ampliem d'una sola trucada a la visualització del nen/a i els pares per part del pediatra, i aquests veuen al pediatra, augmentant la confiança en l'acte mèdic que realitza el metge de família de guàrdia "in situ" al territori, així com la capacitat resolutiva del pediatra davant una consulta "a distància".

Creiem fermament en l'aposta, tant en la nostra estructura d'autogestió dels propis professionals com en la utilització de les TICs, per tal de millorar l'assistència i apropar al ciutadà la nostra tasca diària en vers la salut dels infants.

Citació
Autor: Fàbrega Sabaté, Jordi
Títol article: Les TICs com a eina de suport a l'atenció pediàtrica. L'experiència i els projectes de Pediatria dels Pirineus
Revista: APSalut. Volum 3. Número 3. Article 54
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl197/apsalut/articles-tic/id55/les-tic-com-a-eina-de-suport-a-latencio-pediatrica-lexperiencia-i-els-projectes-de-pediatria-dels-pirineus.htm
Data: 23 de juny de 2015



Introducció a l'Antropologia de la Salut. Antropologia Mèdica: una mirada a la medicina

Araceli Bergillos Muñoz. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural

"No existeix una medicina essencial. No existeix una medicina que sigui independent del seu context històric. No existeix cap entitat ubiqua i intemporal anomenada medicina". ***[i]*** (Arthur Kleinman 1995:23, en Martínez, 2011:82)

Paraules clau:

Antropologia mèdica, cultura, biomedicina

Introducció

Alguns professionals de la salut al CAP m'han preguntat alguna vegada què és l'antropologia. O, "tu que estudies això tan estrany, em podries dir quelcom de l'ablació?" O, "has trobat molts ossos al teu treball de camp?" Fent referència a aquesta darrera pregunta, o bé a la trobada de restes de dinosaures, o bé a la sèrie de televisió "Bones", on una antropòloga forense esbrina mitjançant autòpsies el motiu de la mort violenta dels personatges. El cert és que aquest dubte sobre què fa i què és l'antropologia és força comú a tota la població que no es dediqui a les ciències socials.

El cert, també, és que l'objecte d'estudi, o millor el subjecte, de l'antropologia sociocultural és l'home, la cultura i la societat, potser elements menys efectistes que la sèrie de televisió però decididament apassionants en quant a que ens proporcionen informació valuosa, ja sigui sobre la pròpia cultura, ja sigui sobre cultures alienes.

Si a aquest desconeixement li afegim el terme d'antropologia mèdica, el desconcert és encara més gran.

Per tant, què és l'antropologia mèdica o l'antropologia de la salut? En què consisteix? Aquest article no pretén respondre de manera exhaustiva a aquestes preguntes però sí donar pinzellades que puguin aportar alguns elements de reflexió sobre aquesta disciplina i enfocar la mirada antropològica a les ciències de la salut.

L'antropologia i l'antropologia mèdica

L'antropologia és una disciplina que alguns autors daten de mitjans del segle XIX[i], que pertany a les ciències socials, parent de la sociologia i de la filosofia i que intenta conèixer des d'una perspectiva holística la cultura[ii], les seves diferències i similituds en la manera d'entendre el món.

En els seus inicis, l'antropologia sociocultural comença a estudiar les tribus contemporànies de l'època, com una manera d'entendre l'evolució de l'ésser humà (Martínez, 2010). L'objecte d'estudi era l'home "primitiu", de les diverses tribus de l'Àfrica colonial i dels Estats Units. Els que estudiaven aquestes "cultures primitives" eren homes blancs, anglosaxons, de classe burgesa, que consideraven que ells eren al cim de l'evolució i que tots els éssers humans havien d'evolucionar d'igual manera.

Els temes que es van estudiar inicialment tenien relació amb l'organització social del parentiu juntament amb les relacions socials i polítiques, les diferents formes d'economia i els sistemes de creences.

Els estudiosos de l'època es van adonar que aquelles cultures que semblaven tan primitives, tenien uns sistemes de classificació de la realitat diferent a l'occidental però, en moltes ocasions molt complexes i riques.

Des dels seus inicis fins a l'actualitat, l'antropologia sociocultural ha anat desenvolupant diverses teories per explicar molts comportaments de la vida social i cultural humana. Amb l'objectiu d'explicar aquesta variabilitat s'ha format un corpus teòric antropològic propi, sempre amb col·laboració i intercanvi de teories filosòfiques i sociològiques, sobre les quals s'estructuren els estudis antropològics actuals (Harris, 2006).

En aquest marc teòric, l'antropologia mèdica apareix com una branca recent de l'antropologia sociocultural. El 1963 Norman Scotch va fer un primer recull sobre les interpretacions de malaltia i curació que s'havien reflectit a algunes monografies i estudis realitzats fins al moment. En molts casos no es parlava de salut, però sí de malaltia, de curació i de màgia.

"Quan el pacient té febre o està inconscient degut a la visió d'un esperit, el mètode principal de tractament és mitjançant el massatge. El xamà bufa fum sobre tot el cos del pacient [...]" (Wagley, en Harris, 2010:359)

Als anys 60 del segle XX l'antropologia mèdica va començar a adquirir rellevància gràcies no només a antropòlegs, també a metges interessats en l'antropologia i que veien en les ciències socials una manera de reflexionar sobre la medicina a més d'aportar eines que els poguessin ajudar a tractar a pacients culturalment diversos (Comelles, en Perdiguero i Comelles: 2000).

En l'actualitat, cada cop més professionals de la salut s'interessen per l'antropologia com una manera de conquerir i aportar la vessant social i cultural a la medicina, creient que aquests coneixements aporten qualitat també a la seva formació, sobretot pel que fa al col·lectiu d'infermeria, amb una llarga tradició de formació antropològica (ib: 2000).

Actualment, quan parlem d'antropologia mèdica, parlem d'una disciplina molt crítica i desmitificadora dels diferents sistemes mèdics, que relaciona aquests amb els contextos polítics, socials i històrics, de manera indissoluble.

Tanmateix, l'antropologia mèdica està considerada com a eclèctica, però es podria definir com *"[...] l'estudi de les dimensions socials i culturals de la salut i la malaltia i els diferents sistemes mèdics [...]"* (Stolcke, en Esteban et al. 2010:10). Aquesta definició però, no engloba la relació tan important entre cos-biologia i cultura o les diverses ideologies sobre el cos en la producció de la salut, la malaltia i les formes de curar i diagnosticar.

Una de les discussions més importants que ha desenvolupat l'antropologia sociocultural i que la mateixa antropologia mèdica està desafiant ha estat la reflexió sobre el dualisme cartesià natura-cultura. El concepte cultura va sorgir com a antítesi a la idea de que els factors biològics i naturals eren els que provocaven la varietat dels comportaments humans. La cultura sorgia per mantenir que allò que diferencia l'home de la resta del món animal i biològic, és justament la capacitat de donar contingut a l'existència, interpretar i dotar de significats simbòlics el món en el què es viu (Stolcke, en ib.).

Com cita Rubin: *""La gana és la gana però el que s'entén per gana està determinat per la cultura. [...] Sexe és sexe, però el que s'entén per sexe està determinat igualment per la cultura".* (Rubin en ib.). És a dir, l'antropologia utilitza aquest constructe teòric per reflexionar sobre la relació entre cultura i natura. El procés biològic de la gana és igual per a tothom en tant que éssers vius, però els aliments que es poden menjar i els que no, la manera en què es mengen i amb qui es menja, és cultura i no és igual per a tothom. El mateix passa amb la sexualitat i altres processos biològics.

Respecte a l'antropologia mèdica, al binomi natura-cultura s'afegeix un altre dualisme com biologia-cultura, però també la necessitat d'analitzar les emocions i la importància del cos en la construcció de la cultura (Perdiguero i Comelles, 2000).

Per exemple, al llarg dels darrers 25 anys del segle XIX i de principis del segle XX, la ciència es va convertir en una gran aliada de la defensa de la inferioritat femenina. Amb arguments mèdics i fent al·lusió a la seva naturalesa, es justificava la seva inferioritat, no només intel·lectualment, també físicament:

"Però el verdader cavall de batalla en debat sobre les capacitats femenines venia plantejat per la craniologia, abans per la frenologia, i consistia en delimitar les facultats intel·lectuals de les dones" (Aresti, 2001:57)

Es tractava de *"[...]proveir d'evidència científica els prejudicis sexistes sobre la inferioritat mental de les dones [...]"*, utilitzant consideracions tals com que el cervell de la dona era menys pesat que el de l'home i de característiques diferents, i per tant, com que l'home era pres com l'únic model, la dona era d'una naturalesa inferior (íb. 2001:58).

Aquestes consideracions eren valors i creences, en definitiva, eren cultura.

La biomedicina

En l'actualitat, un concepte que els antropòlegs mèdics més crítics desenvolupen és el de la biomedicina, per denominar la medicina al·lopàtica, occidental, tradicional, moderna. La biomedicina, que centra la seva visió del món en la biologia, en la malaltia individual i biològica, en símptomes objectius, és analitzada com un producte cultural, amb els seus valors i concepcions socials. Els sabers biomèdics es troben impregnats d'ideologia, de continguts socials i culturals, a l'igual que altres formes d'atendre la salut i la malaltia, com l'homeopatia, la quiropràctica, etc. o de sabers més populars, com l'espiritualisme, les herbes remeieres, entre d'altres. Totes aquestes medicines són considerades com "institucions" en tant que institueixen una manera determinada d'intervenir sobre la malaltia i sobre el malalt. (Menéndez, 1994).

Aquesta crítica a la biomedicina és evidenciada també per metges antropòlegs, com Arthur Kleinman, qui considera que:

"La biomedicina, el punt de mira de la qual està posat en els mecanismes biològics de la malaltia, no necessita cap informació sobre les pors dels pacients, la frustració de les famílies, o els variats tipus de relació que s'estableixen entre els pacients i els seus cuidadors. No obstant això, aquests aspectes són tan crucials per al diagnòstic i el tractament que ignorar la seva rellevància limita la dispensació i eficàcia de les cures". (Kleinman i Benson, 2004:20)

L'estudi i l'anàlisi antropològic de la medicina occidental es posa al mateix nivell que altres medicines alternatives o d'altres cultures, posant èmfasi en que tant la medicina com la ciència són productes originats per la cultura i la societat, que aporten una visió determinada sobre el cos, la malaltia, el malalt, el tractament i la curació. (Martínez, 2011).

Tanmateix, la biomedicina coexisteix amb altres tradicions terapèutiques en un mateix context i el malalt, en la cerca de la salut perduda, passa per diferents itineraris terapèutics: en la nostra cultura passarà segurament pel metge i si aquest no li resol el problema consultarà amb homeòpates, quiropràctics... mentre es compra unes herbes que puguin alleugerir el seu dolor o patiment i pot acabar recorrent a alguns xamans que el podrien atendre a moltes de les nostres ciutats.

Aportacions de l'antropologia mèdica a la medicina

D'acord amb el que s'ha comentat fins ara, l'antropologia mèdica reflexiona i estudia sobre el concepte de salut, malaltia, patiment... a diferents cultures i, en ocasions, en termes comparatius, aportant informació sobre quin significat simbòlic té la malaltia i la curació des del punt de vista individual, social i cultural.

Seguint aquest argument, l'antropologia mèdica té*"[...] el privilegi i l'obligació de parar una renovada atenció a l'experiència humana, al patiment, al seu significat i a la seva interpretació [...]"* (Good, 2003:60). Es tracta de saber què significa ser un ésser humà a les diferents cultures.

L'antropologia mèdica també atén els estudis de gènere i salut, des de l'estudi dels estereotips de gènere en la salut fins als nous reptes de la reproducció assistida, entesa aquesta com un producte científic però alhora cultural que genera canvis en la forma d'entendre el concepte de família; passant per la potenciació d'estudis mèdics en que les variables socials, culturals i psicològiques estiguin presents; l'anàlisi de la dona com a consumidora de salut, entre molts d'altres.

Aborda estudis sobre la relació entre la desigualtat social i la salut dins dels sistemes sanitaris, fent èmfasi en la importància d'una medicina social.

Estudia el significat simbòlic del cos, els significats del patiment no només per l'individu sino també per la comunitat; les narratives dels pacients i familiars sobre l'aflicció i el dolor a diverses cultures, inclosa la nostra.

A tall d'exemple, trobem estudis on depenent de la religió o laïcisme del pacient hi ha un cert grau d'acceptació del dolor, dolor físic i patiment. Els pacients catòlics i jueus tenen una major tolerància al dolor, considerant-lo com a redemptor, al contrari que els protestants i els musulmans, considerant que el dolor és inútil, i tot això dins del marc dels Estats Units. Les diferències de percepció del dolor, però, desapareixen a la següent generació en què els fills d'uns i dels altres expressen una inhibició del dolor més acord amb la cultura nord-americana, degut, principalment, a que es troben més allunyats de la "matriu cultural" dels seus pares (Le Breton, 1999).

Com podem veure, aquesta disciplina, té una visió relativista sobre la malaltia i les estratègies de curació, sent crítica amb la biomedicina, com una de les institucions fonamentals d'exercici de poder en la nostra societat. La salut i les institucions sanitàries són considerades eines per l'exercici de poder. El poder des del concepte de Foucault de biopoder i la biopolítica de la població, en que el cos-biològic, el cos que neix, que emmalalteix, que mor, que es fa gran, està sotmès a una sèrie de regulacions i controls per part de l'estat, que controla aquests processos biològics des d'un punt de vista polític i no només de salut (Foucault, 2003). Les institucions, per tant, s'apoderen de l'organització de la vida i de la mort dels individus de la seva societat, abordant, per una banda, el poder que exerceixen els professionals sanitaris des dels col·legis professionals, i per l'altra, el poder exercit des de les consultes i hospitals, analitzant els rituals de poder metge-pacient en els espais de salut.

L'antropologia mèdica aporta crítica i reflexió, anàlisi i estudi sobre el procés de salut, malaltia i atenció. Estudia els diferents sistemes sanitaris incloent el propi, intentant, i no sempre aconseguint, que no existeixi l'etnocentrisme en l'anàlisi o, al menys ser conscient del que suposa pertànyer a una cultura i alhora estudiar-la, amb els seus biaixos i les seves dificultats.

Els antropòlegs i els científics socials en general treballen amb l'etnografia, realitzant treballs de camp que els permetin observar el procés de salut i malaltia que pretenen estudiar. També treballen amb entrevistes i històries de vida. Els estudis antropològics són eminentment qualitatius i poden aportar a la medicina aquells valors que normalment no es tenen en compte i que, a molts estudis epidemiològics, acaben amb l'afegitó d'"aspectes culturals i socials" que tothom intueix què és però que no s'especifica enlloc (Comelles en Perdiguero i Comelles, 2006). Un dels camps interessants i que necessita un estudi qualitatiu, a més del

quantitatiu, és el de les malalties cròniques, que demanen estudiar no només el procés biològic que les condiciona, també els aspectes socials, culturals i econòmics, establint l'etnoepidemiologia, que pugui combinar tant la metodologia quantitativa com la qualitativa (Guix, en Romani: 2013).

Conclusions

L'antropologia mèdica està molt viva. El mes de setembre de 2014 es va celebrar el XIII Congrés d'Antropologia de l'Estat Espanyol (Periferias, Fronteras y Diálogos) on es van presentar múltiples i interessants estudis. A mode d'exemple, es van exposar treballs relacionats amb les narratives de pacients amb depressió que expliquen el seu patiment en termes exclusivament biomèdics i científics, de química i neurologia, demostrant que molts pacients coneixen perfectament el llenguatge biomèdic, però que també obvien les altres vessants (socials, psicològiques...); un estudi en una unitat d'hemodiàlisi on es mostra una atenció terapèutica relegada al tema mecànic del cor sense altres consideracions; un assaig sobre entrevistes a dones que donen a llum i que denuncien "violència obstètrica"; un estudi sobre la percepció del risc i la salut per treballadores sexuals; treballs sobre l'esquizofrènia com a percepció d'un dolor crònic, i molts més relacionats amb l'antropologia de la salut i l'alimentació, l'antropologia de la gana (en termes històrics i en termes mèdics com l'anorèxia), la immigració, les creences i les polítiques transnacionals, entre d'altres. (Andreu et al. 2014).

Al llarg d'aquest article hem intentat exposar què és l'antropologia mèdica alhora que hem afegit una mirada antropològica a la medicina. Hem volgut transmetre que quan parlem de salut o malaltia dels individus i de la comunitat, estem parlant d'un aspecte que modifica tot el seu món, no només la seva biologia, també el seu itinerari vital i el de la seva comunitat o família i com, en funció de la seva societat i la seva cultura, transformen i interpreten la malaltia o la salut.

"En totes les societats, fins i tot en el món modern en el que els omnímodes ordres morals han començat a trencar-se, les malalties greus indueixen a homes i dones a fer front a les dimensions morals de la vida. Al cap i a la fi, una tasca bàsica 'de l'acció de la cultura' és transformar el dolor humà en patiment i en contrarestar la malaltia amb el tractament" (Obeyesekere, en Good, 2003:60).

[1] Les cites estan traduïdes per l'autora de l'original.

[1] L'antropologia acadèmica moderna té els seus inicis amb l'anglès E. B. Tylor (1832-1917) i el nord-americà L. H. Morgan (1818-1881), que proposen un trencament epistemològic innovador: el treball de camp i l'observació participant com a eines de treball en antropologia, tot i que de forma incipient. De totes maneres, la mateixa antropologia és poc dogmàtica respecte al seu naixement, ja que alguns autors consideren que ja Herodot contempla l'interès per l'altre. (Martínez Veiga, 2010).

[1] Existeixen moltes definicions i tractats envers el concepte de cultura. El significat amb el que treballem és el de la cultura entesa com un conjunt d'estils i tradicions apresos i estesos a tota la societat, inclosos els seus modes repetitius i pautats de pensament (Harris, 2006). Tanmateix, la cultura inclou valors, símbols, normes i pràctiques (Langdon i Wiik, 2010).

Bibliografia

- Andreu A, Bodoque Y, Comas d'Argemir D, Pujadas J, Roca J, Soronellas M (eds). Periferias, fronteras y diálogos. Una lectura antropológica de los retos de nuestra sociedad actual. Publicacions URV: Tarragona, 2014).
- Aresti, N. Médicos, Donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX. Servicio Editorial. Universidad del País Vasco: Bilbao, 2001.
- Esteban ML, Comelles JM, Díez. (eds). C. Antropología, género, salud y atención. Edicions Bellaterra: Barcelona; 2010.
- Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Edicions Bellaterra: Barcelona; 2003.
- Harris, M. Antropología cultural. Ed. Alianza Editorial: Madrid; 2006.
- Kleinman A, Benson P. La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. Monografías. Humanitas, Nº2; pp17-26.
- Le Breton, A. Antropología del dolor. Seix Barral: Barcelona, 1999.
- Martínez Hernáez, A. Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anthropos Editorial: Rubí (Barcelona); 2011.
- Martínez Veiga, U. Historia de la antropología. Formaciones socioeconómicas y praxis antropológicas, teorías e ideologías. UNED: Madrid, 2010.
- Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 1994 4 (7): pp. 71-83.
- Perdiguero E, Comelles JM. (eds). Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Edicions Bellaterra: Barcelona; 2000.
- Romaní, O (ed). Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto. Publicacions URV: Tarragona; 2013.

Citació
Autor: Bergillos Muñoz, Araceli
Títol article: Introducció a l'Antropologia de la Salut. Antropologia Mèdica: una mirada a la medicina
Revista: APSalut. Volum 3. Número 1. Article 44
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl216/apsalut/humanitats/id49/introduccio-a-l-antropologia-de-la-salut-antropologia-medica-una-mirada-a-la-medicina.htm
Data: 10 de gener de 2015

apsalut

BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba

UNITAT DOCENT

UNITAT DOCENT MULTIPROFESSIONAL D'ATENCIÓ FAMILIAR I COMUNITÀRIA ACEBA

EAP VIC

eap sardenya

eap dreta de l'eixample

ABS Sagrada Familia Consorci Sanitari Integral

Seu central

Equip d'Atenció Primària Barcelona Sardenya, S.L.P.

C. Sardenya 466, 08025 Barcelona

www.udaceba.cat

Twitter: @udaceba

YouTube: www.youtube.com/user/udaceba