

PRIMUM NON NOCERE

O

l'art de la prevenció quaternària



Blanca de Gispert

Abril 2013

XV Jornades de Residents de MFiC – “Mirant endavant”



Siempre es bueno conocer
las dos caras de la moneda

DESMOTIVAR.COM

PRINCIPI ÈTIC: PRIMUM NON NOCERE

11 ■ El metge, en tota actuació professional, i especialment en les exploracions diagnòstiques i tractaments, ha de vetllar perquè el dret del pacient a la intimitat sigui escrupolosament respectat.



12 ■ Les exploracions complementàries mai no han de practicar-se de manera rutinària, indiscriminada o abusiva. Quan del resultat d'aquestes exploracions se'n poden derivar repercussions socials negatives per al malalt, el metge ha de tenir especial cura d'obtenir el consentiment cada vegada que calgui practicar-les, tret del cas que es pressuposi risc per a la salut de terceres persones o del fetus en cas d'una gestant.

13 ■ El metge no podrà tractar cap pacient amb la capacitat mental conservada sense el seu consentiment. En el cas d'un menor, si té capacitat de comprendre allò que decideix, el metge ha de tenir en compte la seva voluntat, però també valorarà l'opinió dels vinculats responsables.

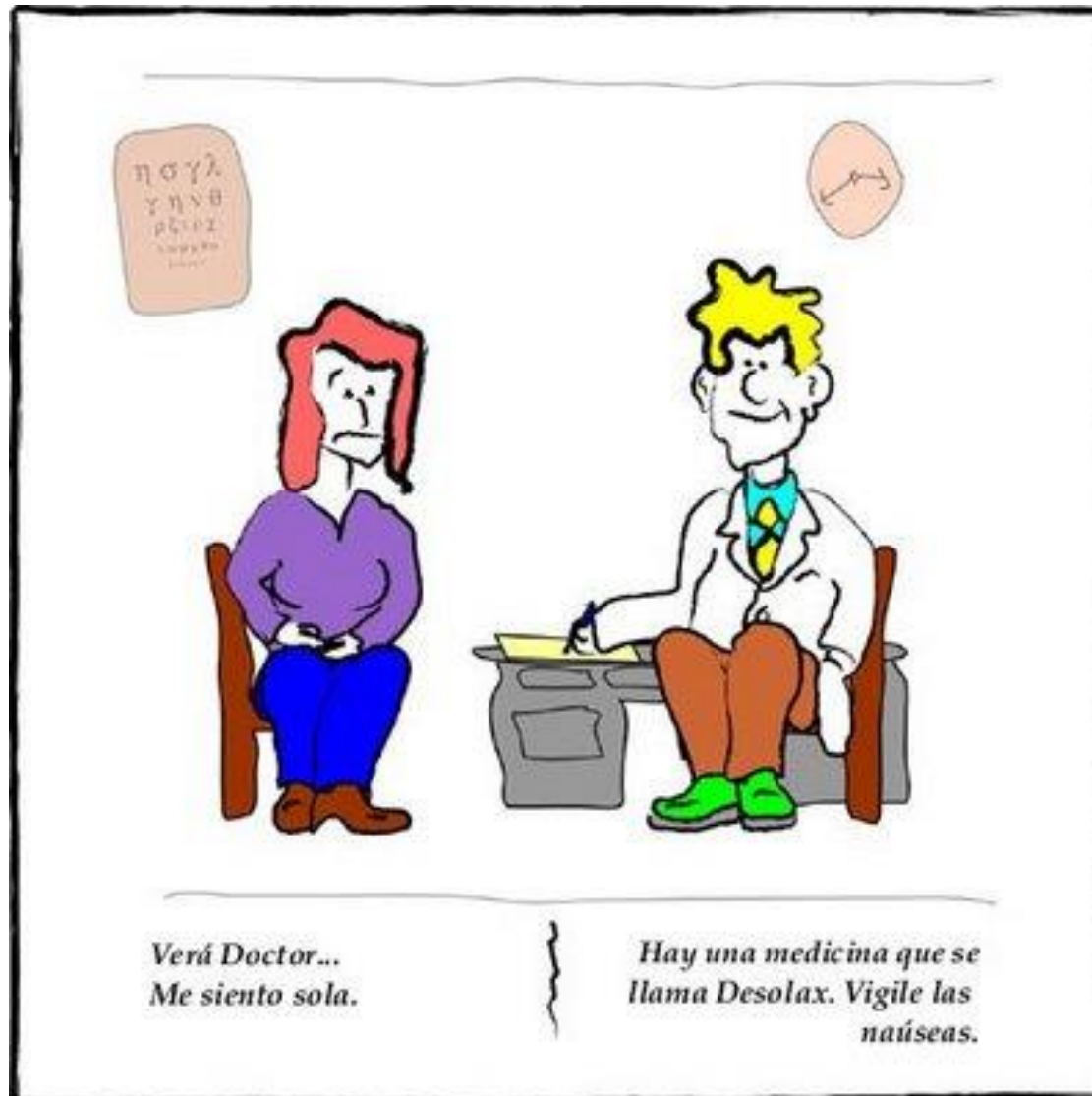
de fer valer els seus criteris respecte a les normes individuals i col·lectives d'higiene i de prevenció.

46 ■ El metge prendrà les decisions que cregui adients quan hi hagi una situació de risc immediat greu per a la integritat física o psíquica del malalt i no sigui possible aconseguir l'autorització del pacient o de les persones a ell vinculades.

47 ■ El metge no emprarà procediments ni prescriurà medecines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consenti.

48 ■ El metge que empri tractaments no convencionals o simptomàtics corresponents al procés que afecta el pacient està obligat a informar-lo de la necessitat de no abandonar cap tractament necessari, advertint-lo de manera clara i entenedora del caràcter no convencional ni substitutori del tractament. Així mateix està obligat a coordinar-se amb el metge responsable

MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA



MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA

- Expropiació de la salut: la salut depèn del metge
- Crèdit col·lectiu per a la definició de la normalitat
- Impera prevenció, imposant mesures coercitives



"Un parche es para dejar de fumar, otro para comer menos, otro para dejar la ropa sucia en el cesto en vez de tirarla al suelo, otro para no dejar levantada la tapa del WC..."

Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Gervas, J., Gavilán, E., Jiménez, L. AMF. 2012; 8: 312-7.

MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA



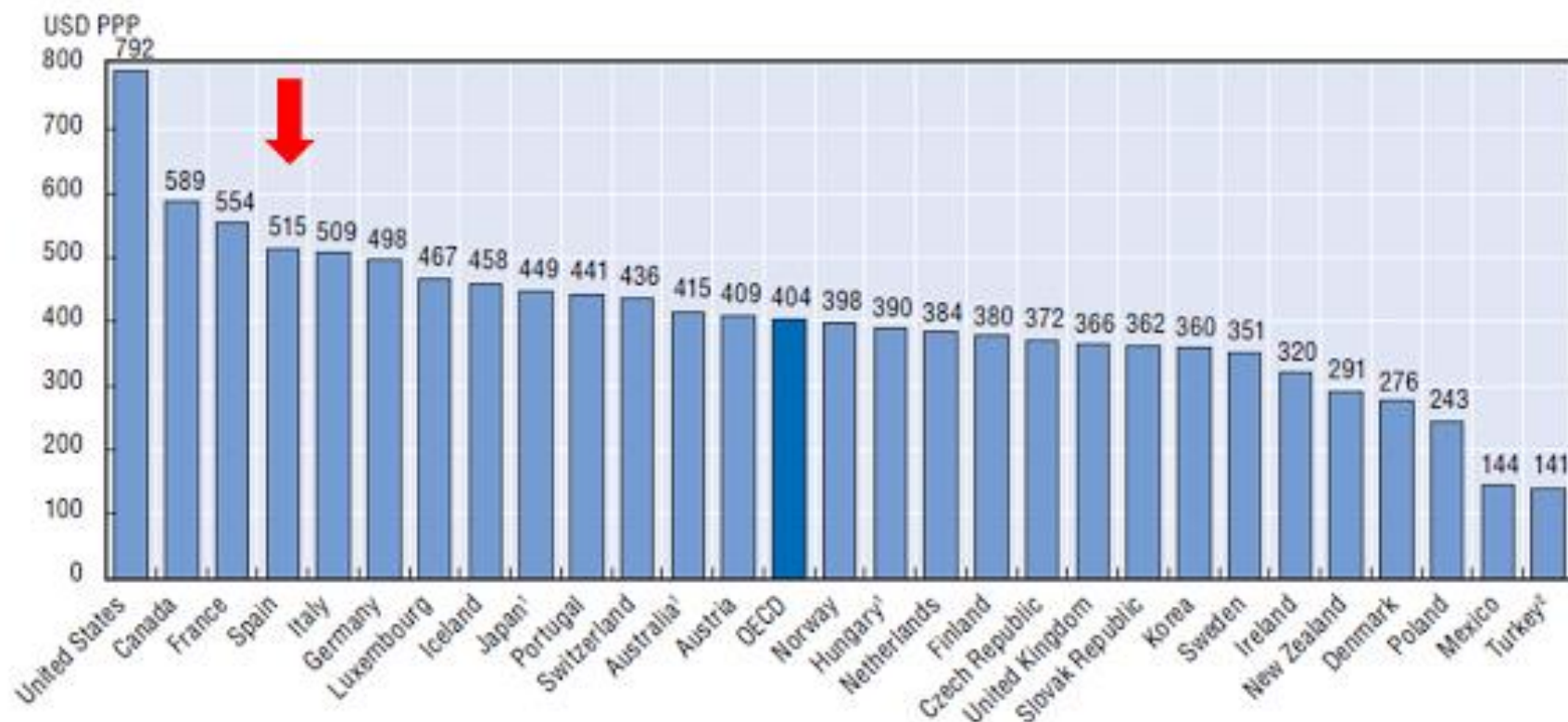
- Rol paternalista del metge
- Rol curatiu i preventiu de la medicina
- Expectatives excessives per part de la societat
- Malaltia = error de la prevenció
- Mort = fracàs vital i mèdic



Però realment, n'hi ha per tant??

Figure 1.2. Per capita spending on pharmaceuticals, 2005

In USD PPP



Note: Expenditures were converted from national currency units to US dollars using GDP purchasing power parities. See Box 1.1 for more notes.

1. 2004 (Japan and Hungary) and 2004/05 fiscal year (Australia).

2. Data reported are 2005 pharmaceutical sales at ex-manufacturer prices, which underestimate total pharmaceutical expenditure.

Source: OECD Health Data 2007 and authors' estimates. See Box 1.1 for more sources.

Persones a Barcelona
que prenen al dia més de
10 fàrmacs diferents

30.000

D'elles, n'ingereixen
més de 15

1.000 persones

D'elles, en prenen
més de 20

500 persones

Països del món
amb més consum
de fàrmacs



1r
EUA



2n
ESPANYA

Liders el rànquing europeu
des de fa més de 10 anys



Receptes emeses pels
centres d'assistència primària
(CAP) el 2012, a Catalunya

142 milions

Diners que la Conselleria
de Salut va haver de
destinar a finançar-se

1.693 milions



Representa
quasi el 20%
de tots els
diners del
departament

Disminució respecte al 2011

242 milions

Despesa farmacèutica
pública a Espanya

0 2000 4000 6000 8000 10000

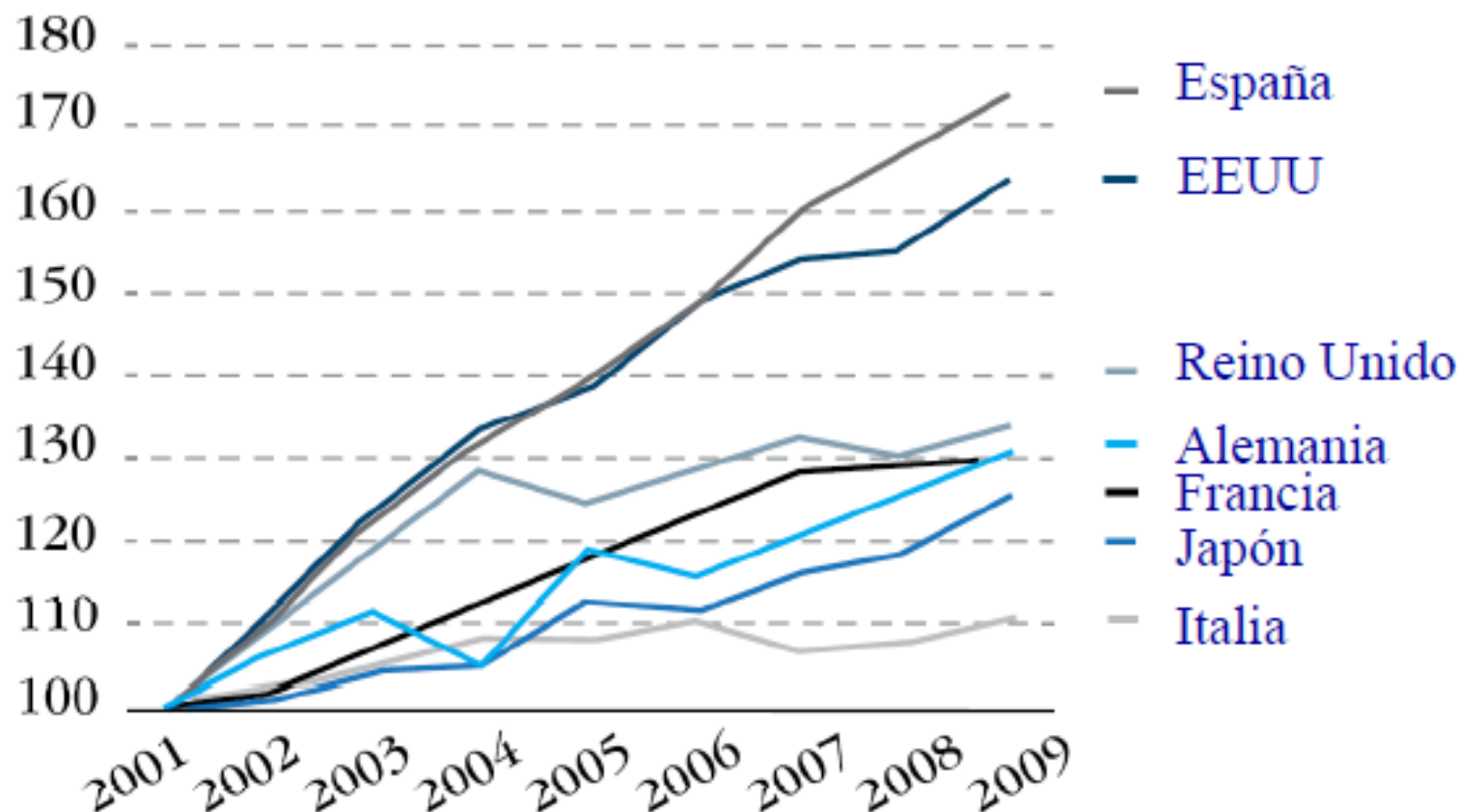
2012

9.769,9

2011

11.136,3

Entwicklung der größten Pharma-Märkte 2001=100



Umsatzwachstum bereinigt um Wechselkursänderungen: Umsatz in Deutschland
ab 2003 bereinigt um Herstellerabschläge

Quelle: IMS Health, vfa



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

IN
e

Instituto
Nacional de
Estadística

ENSE2011/12

2.218.- Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población de 15 y más años.

	TOTAL	HACE 1 AÑO O MENOS	HACE MÁS DE 1 AÑO PERO NO MÁS DE 5 AÑOS	HACE MÁS DE 5 AÑOS	NUNCA LE HAN MEDIDO EL COLESTEROL
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,0	63,8	19,3	1,7	15,2
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	33,9	20,1	1,1	44,9
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	54,9	23,3	1,7	20,1
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	61,1	23,8	2,0	13,1
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	66,0	20,7	2,5	10,9
DE 55 A 64 AÑOS	100,0	75,1	15,4	1,8	7,7
DE 65 A 74 AÑOS	100,0	80,0	12,7	1,6	5,8
DE 75 A 84 AÑOS	100,0	83,3	11,1	0,8	4,9
DE 85 Y MÁS AÑOS	100,0	80,7	13,5	0,3	5,5



ENSE2011/12

2.250.- Motivo de la última mamografía

Distribución porcentual según grupo de edad.

Mujeres de 15 y más años que se han realizado una mamografía alguna vez.

	TOTAL	POR ALGÚN PROBLEMA, SÍNTOMA O ENFERMEDAD	POR CONSEJO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA, AUNQUE NO TENÍA NINGÚN PROBLEMA	PORQUE RECIBIÓ UNA CARTA, LE LLAMARON POR TELÉFONO O LE DIJERON EN SU CENTRO DE SALUD QUE SI SE QUERÍA HACER ESTA	OTRAS RAZONES
TOTAL	100,0	13,42	35,77	44,98	5,82
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	33,9	56,5	2,0	7,7
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	41,4	37,1	11,2	10,3
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	29,9	50,0	12,5	7,6
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	11,3	40,3	41,6	6,9
DE 55 A 64 AÑOS	100,0	5,4	27,3	63,2	4,1
DE 65 A 74 AÑOS	100,0	5,6	29,2	61,4	3,8
DE 75 A 84 AÑOS	100,0	13,7	33,1	46,9	6,3
DE 85 Y MÁS AÑOS	100,0	17,8	43,2	33,9	5,1



ENSE2011/12

2.013.- Número medio de consultas al médico de familia o pediatra (últimas 4 semanas)

Media y desviación típica según sexo y grupo de edad

Población que ha consultado al médico de familia o pediatra (últimas 4 semanas)

	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
AMBOS SEXOS		
TOTAL	1,3	0,9
DE 0 A 4 AÑOS	1,4	1,1
DE 5 A 14 AÑOS	1,2	0,7
DE 15 A 24 AÑOS	1,2	0,5
DE 25 A 34 AÑOS	1,2	0,7
DE 35 A 44 AÑOS	1,3	0,9
DE 45 A 54 AÑOS	1,3	0,9
DE 55 A 64 AÑOS	1,3	0,8
DE 65 A 74 AÑOS	1,3	0,9
DE 75 A 84 AÑOS	1,5	1,1
DE 85 Y MÁS AÑOS	1,5	1,1



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Instituto
Nacional de
Estadística

ENSE2011/12

2.052.- Tipos de pruebas realizadas en los últimos 12 meses

Distribución porcentual según tipo de prueba por sexo y grupo de edad
Población de 0 y más años

	RADIOGRAFÍA			TAC O ESCÁNER		
	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS						
TOTAL	100,0	25,9	74,2	100,0	6,8	93,2
DE 0 A 4 AÑOS	100,0	13,9	86,1	100,0	2,1	97,9
DE 5 A 14 AÑOS	100,0	18,3	81,7	100,0	1,6	98,4
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	22,4	77,6	100,0	3,8	96,2
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	20,8	79,2	100,0	4,4	95,6
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	23,4	76,6	100,0	5,9	94,1
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	28,9	71,1	100,0	8,1	91,9
DE 55 A 64 AÑOS	100,0	33,5	66,5	100,0	10,6	89,4
DE 65 A 74 AÑOS	100,0	33,9	66,1	100,0	11,5	88,5
DE 75 A 84 AÑOS	100,0	37,4	62,7	100,0	14,2	85,8
DE 85 Y MÁS AÑOS	100,0	35,5	64,5	100,0	11,8	88,2

ECOGRAFÍA			RESONANCIA MAGNÉTICA		
TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
100,0	12,6	87,4	100,0	6,5	93,5
100,0	4,3	95,7	100,0	0,8	99,2
100,0	2,9	97,1	100,0	1,4	98,6
100,0	7,9	92,1	100,0	4,6	95,4
100,0	13,1	86,9	100,0	4,3	95,7
100,0	15,5	84,5	100,0	7,0	93,0
100,0	16,6	83,4	100,0	8,4	91,6
100,0	15,3	84,7	100,0	10,7	89,3
100,0	15,8	84,2	100,0	10,0	90,0
100,0	16,1	83,9	100,0	10,0	90,0
100,0	12,1	87,9	100,0	5,6	94,4



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

IN
e

Instituto
Nacional de
Estadística

ENSE2011/12

2.187.- Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población de 0 y mas años

	TOTAL	sí	NO
AMBOS SEXOS			
TOTAL	100,0	58,0	44,0
DE 0 A 4 AÑOS	100,0	39,0	61,0
DE 5 A 14 AÑOS	100,0	28,5	71,5
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	42,2	57,8
DE 25 A 34 AÑOS	100,0	46,3	53,7
DE 35 A 44 AÑOS	100,0	53,7	46,3
DE 45 A 54 AÑOS	100,0	60,5	39,5
DE 55 A 64 AÑOS	100,0	70,5	29,5
DE 65 A 74 AÑOS	100,0	80,4	19,6
DE 75 A 84 AÑOS	100,0	85,8	14,2
DE 85 Y MÁS AÑOS	100,0	87,6	12,4

ENSE2011/12

2.193.- Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas.

	MEDICINAS PARA EL CATARRO, GRIPE, GARGANTA, BRONQUIOS			MEDICINAS PARA EL DOLOR		
	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS						
TOTAL	100,0	20,3	79,7	100,0	49,0	51,1
DE 0 A 14 AÑOS	100,0	48,2	51,8	100,0	27,2	72,8
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	33,3	66,7	100,0	54,3	45,7
DE 25 A 44 AÑOS	100,0	20,4	79,6	100,0	53,8	46,2
DE 45 A 64 AÑOS	100,0	14,1	85,9	100,0	48,3	51,7
DE 65 Y MÁS AÑOS	100,0	13,9	86,1	100,0	50,5	49,5

ENSE2011/12

2.193.- Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas

Distribución porcentual según sexo y grupo de edad.

Población que ha consumido medicamentos en las últimas 2 semanas.

	ANTIBIÓTICOS			TRANQUILIZANTES, RELAJANTES, PASTILLAS PARA DORMIR		
	TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS						
TOTAL	100,0	7,2	92,8	100,0	16,9	83,1
DE 0 A 14 AÑOS	100,0	11,8	88,2	100,0	2,3	97,7
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	8,5	91,5	100,0	3,7	96,3
DE 25 A 44 AÑOS	100,0	7,1	92,9	100,0	11,3	88,7
DE 45 A 64 AÑOS	100,0	6,5	93,5	100,0	19,6	80,4
DE 65 Y MÁS AÑOS	100,0	6,1	93,9	100,0	28,7	71,3

MEDICINAS PARA EL ESTÓMAGO Y/O ALTERACIONES DIGESTIVAS

ANTIDEPRESIVOS, ESTIMULANTES

TOTAL	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO
100,0	19,4	80,7	100,0	7,0	93,0
..	..	..	..	..	..
100,0	4,3	95,7	100,0	1,0	99,0
100,0	10,0	90,0	100,0	3,8	96,2
100,0	19,7	80,4	100,0	9,1	91,0
100,0	33,8	66,2	100,0	10,0	90,0

**MEDICAMENTOS PARA
BAJAR EL COLESTEROL**

TOTAL SÍ NO

AMBOS SEXOS

TOTAL	100,0	18,1	81,9
DE 0 A 14 AÑOS	..	..	..
DE 15 A 24 AÑOS	100,0	0,5	99,5
DE 25 A 44 AÑOS	100,0	3,4	96,6
DE 45 A 64 AÑOS	100,0	22,6	77,4
DE 65 Y MÁS AÑOS	100,0	34,4	65,6



Si no puedes pagar un doctor, ve a un aeropuerto - te harán una radiografía gratis y un examen de los senos, y; si mencionas Al Qaeda, conseguirás una colonoscopia gratis.

al SNS español



Si no puedes pagar un
doctor, ve a ~~un aeropuerto~~
- te harán una radiografía
gratis y un examen de los
senos, y; si mencionas
~~Al Qaeda~~, conseguirás
una colonoscopia gratis.

que tienes más de 50 años

CONCEPTE DE PREVENCIÓ QUATERNÀRIA: definició

- Evitació de l'activitat mèdica innecessària o la prevenció de la medicalització



CONCEPTE DE PREVENCIÓ QUATERNÀRIA: definició



CONCEPTE DE PREVENCIÓ QUATERNÀRIA: definició



- Conjunt d'activitats que intenten evitar, reduir i pal·liar el perjudici provocat per la intervenció mèdica, especialment les conseqüències de les intervencions innecessàries o excessives del sistema sanitari



CONCEPTE DE PREVENCIÓ QUATERNÀRIA: àmbit d'aplicació

Juan Gervas Camacho
Enrique Gavilán Moral
Laura Jiménez de Gracia

Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina

TABLA 1

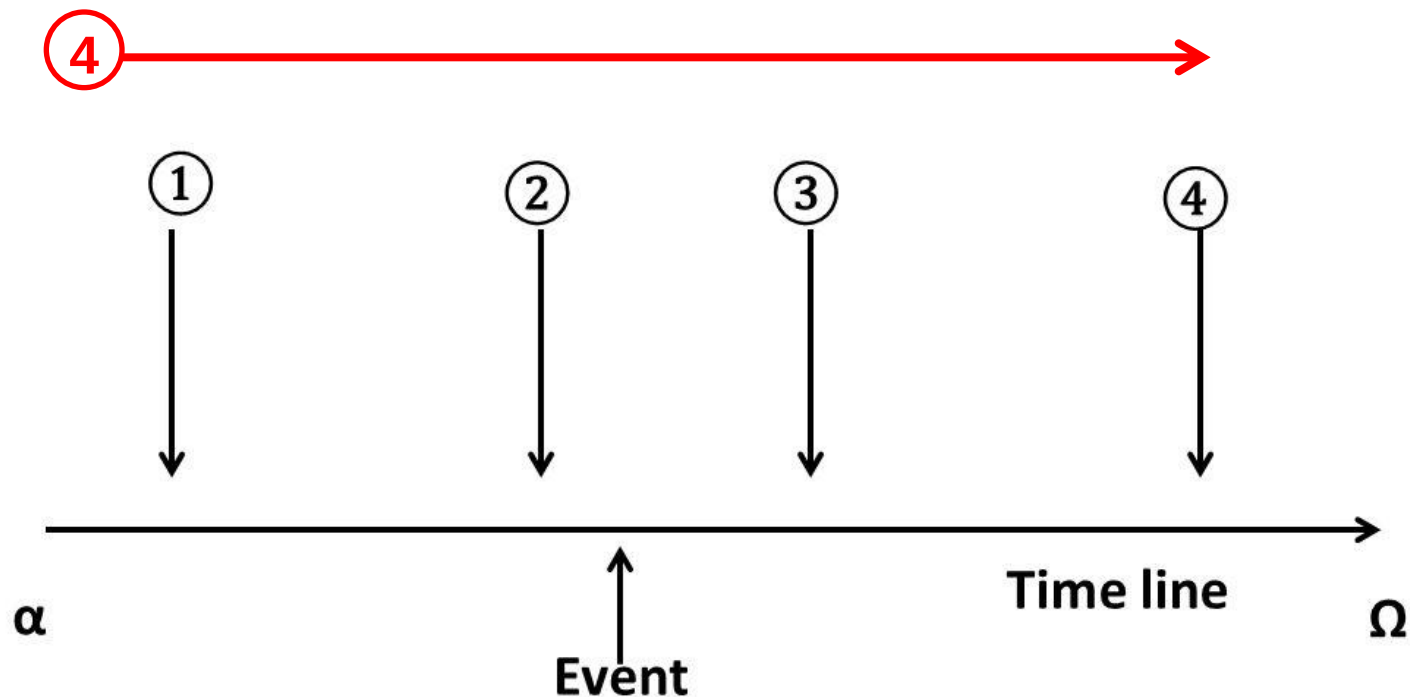
Tipos de prevención según la concepción del médico (centrada en la enfermedad como ente normativo) o en el paciente (vivencia del enfermar)

VISIÓN DEL PACIENTE		Enfermar (continuo)	Visión del médico		TIPOS DE PREVENCIÓN
			Enfermedad (dicotomía)		
			Ausente	Presente	
	Ausente	Prevención primaria (enfermar ausente, enfermedad ausente)	Prevención secundaria (enfermar ausente, enfermedad presente)		
	Presente	Prevención cuaternaria (enfermar presente, enfermedad ausente)	Prevención terciaria (enfermar presente, enfermedad presente)		

Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Gervas, J., Gavilán, E., Jiménez, L. AMF. 2012; 8: 312-7.

CONCEPTE DE PREVENCIÓ QUATERNÀRIA

Prevention ; chronological view



①②③ Leavell, H., & Clark, E. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach (p. 684). McGraw-Hill.

④ Bury, J. (1988). Éducation pour la santé : concepts enjeux planifications. Bruxelles: De Boeck-Université.

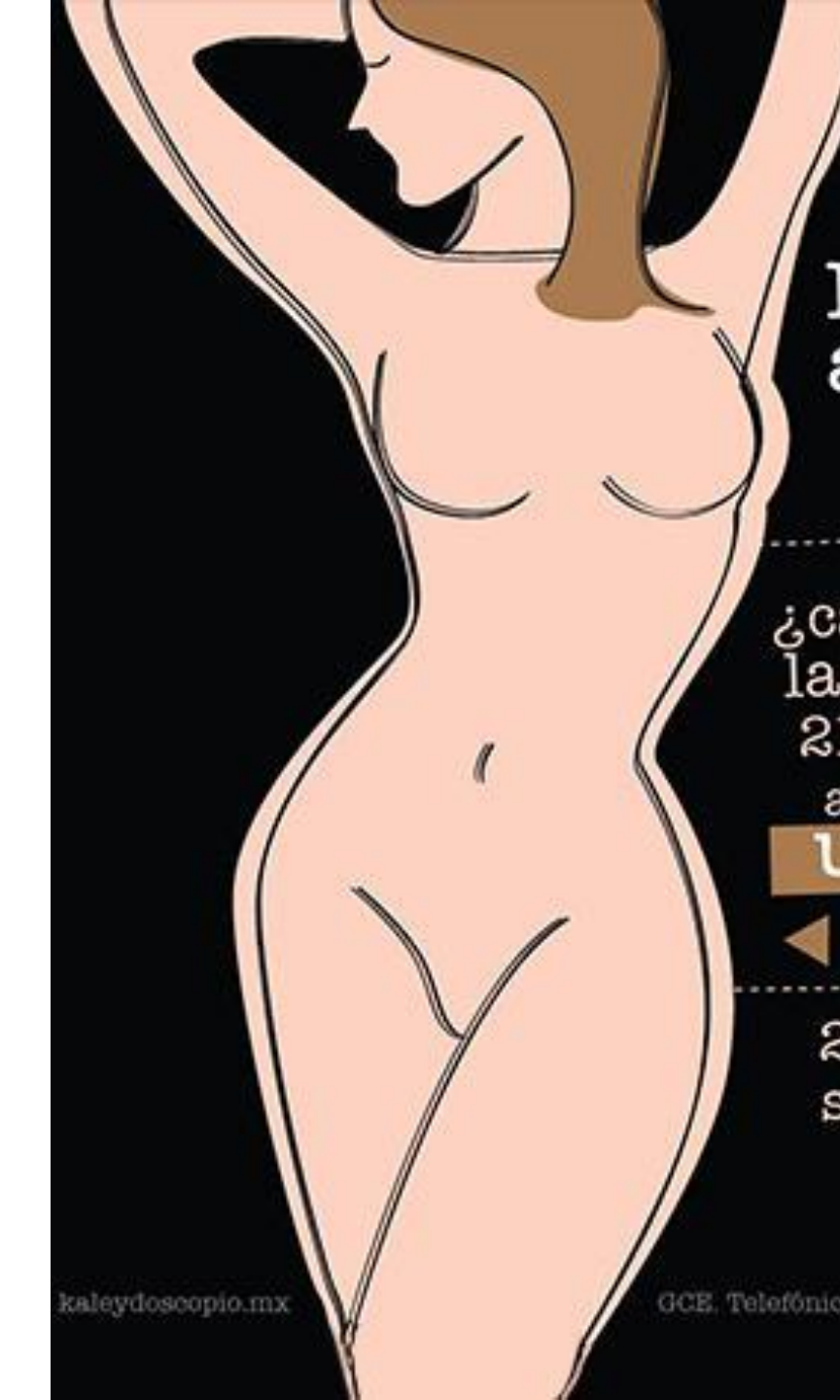
PREVENCIÓ 4NÀRIA: exemples

Algunos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en atención primaria

Actividades preventivas

Solicitud de PSA para el cribado de cáncer de próstata
Sangre oculta en heces para el cribado sistemático de cáncer de colon
Densitometría ósea en mujeres perimenopáusicas
Espirometrías para el cribado de EPOC en ausencia de síntomas sugestivos
Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de bajo riesgo por encima de 65 años y en mujeres sometidas a histerectomía (útero y cérvix) por enfermedades benignas

Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Gervas, J., Gavilán, E., Jiménez, L. AMF. 2012; 8: 312-7.



La cita con el ginecólogo ayuda a proteger la vida de la mujer ▼

¿cada cuándo acuden al ginecólogo las mexicanas?: de 800 encuestadas, 21 de cada cien dijeron que lo hacen de acuerdo con la recomendación médica:

una vez cada seis meses

◀ 25 mencionaron que van sólo cuando se sienten mal y 3.5% cada dos años

PREVENCIÓ 4NÀRIA: exemples

Prescripció de medicaments

Antibiòtics per a les bronquitis agudes no complicades

Inhibidors de la bomba de protons i anti-H₂ de forma sistemàtica a tota persona que prengui AINE

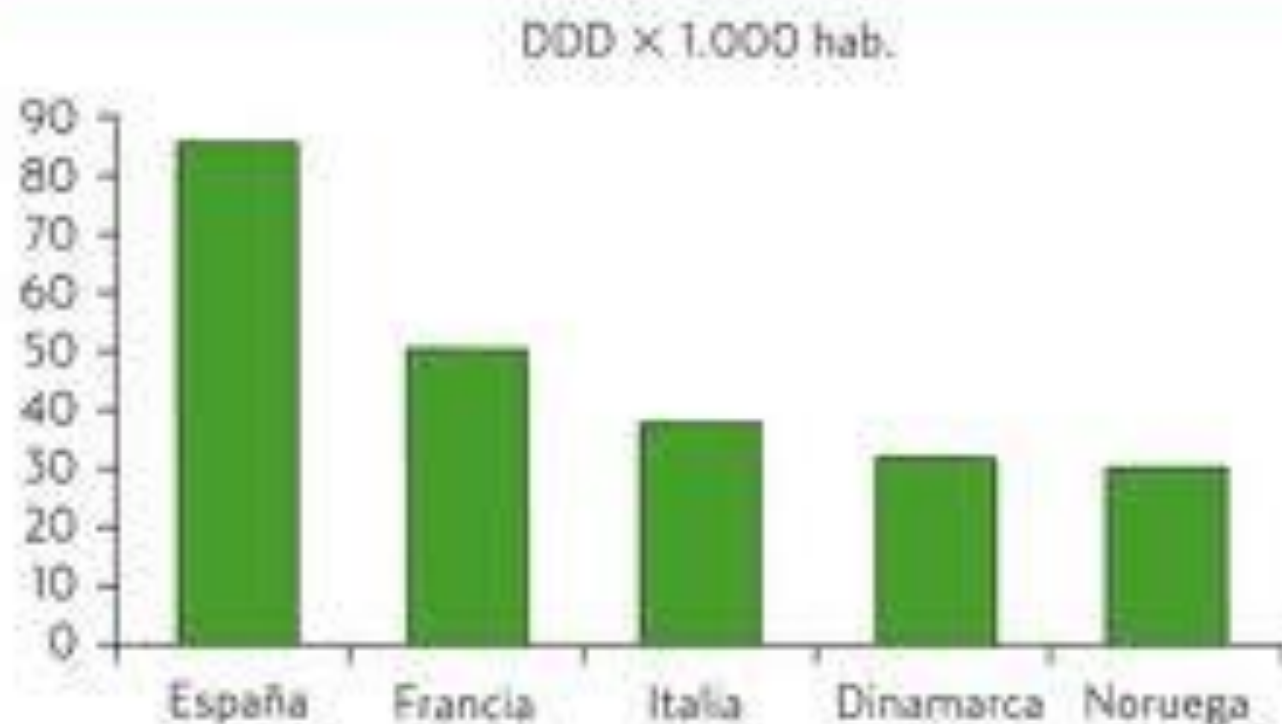
Teràpia hormonal substitutiva durant la menopausa en dones sanes

Prescripció de hipolipèmics en pacients sense antecedents coronaris i baix risc

Broncodilatadors per a nens amb bronquiolitis aguda

FIGURA 3

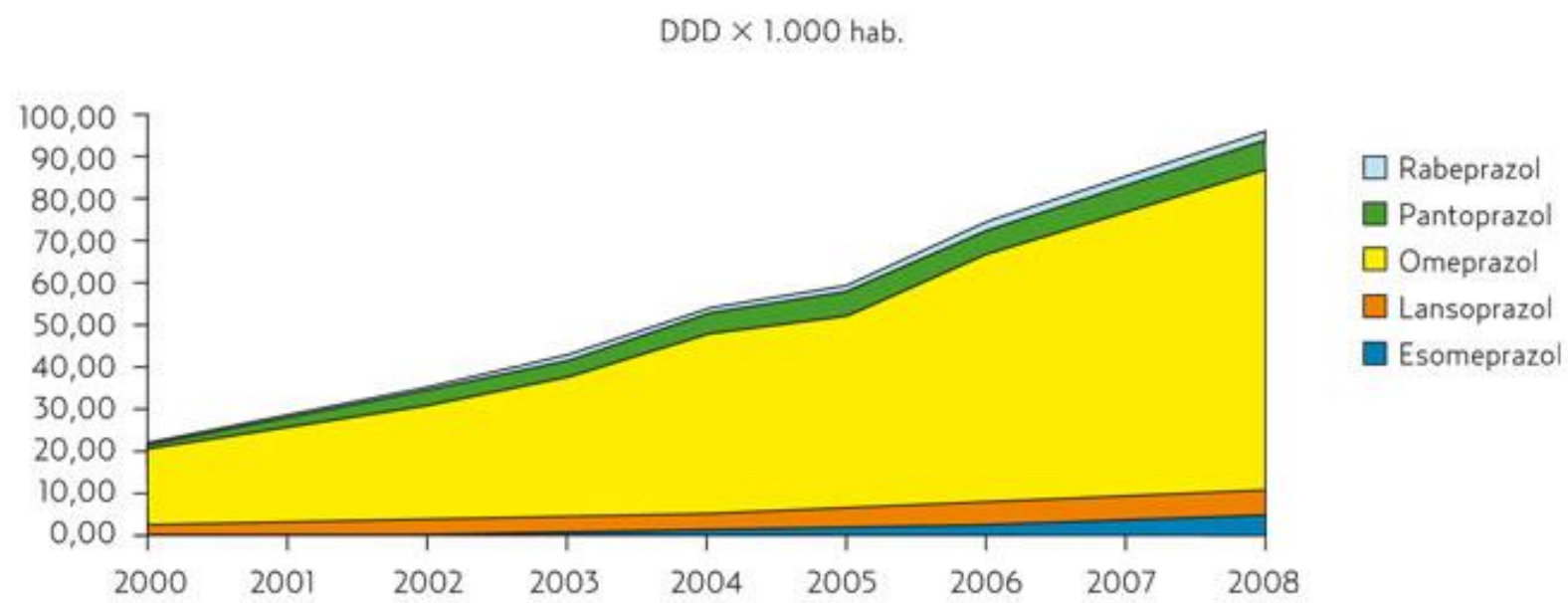
Prescripción de IBP en el año 2007 en distintos países



DDD: dosis diarias definidas; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

FIGURA 1

Evolución de la prescripción de IBP en España



DDD: dosis diarias definidas; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

PREVENCIÓ 4NÀRIA: exemples

Pruebas complementarias y otros procedimientos diagnósticos

Radiografías para lumbalgias agudas

Chequeos analíticos regulares en personas sanas

Marcadores tumorales para despistaje inicial de tumores malignos

Radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada

Pruebas preoperatorias (analítica, radiografía, electrocardiograma) en pacientes sanos

CAS CLÍNIC 1

- Home de 56 anys amb antecedents d'HTA i DM2 en ttm amb metformina i enalapril.
- Sol·licita (“com cada any”) de realitzar-se el PSA amb l'analítica de control anual.
- Què li diem?



CAS CLÍNIC 1

- a) Tenint en compte les evidències actuals en persones sanes i sense FR no existeix un benefici clar, li expliquem i no li recomanem fer-se la prova
- b) Li recomanem fer-se la prova, però li expliquem pros i contres i que ell decideixi
- c) Li demanem la prova, doncs es podria prevenir un càncer de pròstata
- d) Nosaltres tampoc ho tenim clar i li diem que en parli amb el nostre tutor. És una decisió molt important.

CAS CLÍNIC 1

- a) Tenint en compte les evidències actuals en persones sanes i sense FR no existeix un benefici, li expliquem i no li recomanem fer-se la prova
- b) Li recomanem fer-se la prova, però li exploquem pros i contres i que ell decideixi
- c) Li demanem la prova, doncs es podria prevenir un càncer de pròstata
- d) Nosaltres tampoc ho tenim clar i li diem que en parli amb el nostre tutor. És una decisió molt important.

El beneficio esperable principal del cribado con PSA es la reducción de la mortalidad específica por cáncer de próstata y la mortalidad global. Para su evaluación se dispone de una RS Cochrane actualizada⁶⁶ (incluye los ECA del European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer [ERSPC], PLCO, Estocolmo, Norrköping y Quebec).

Los resultados muestran que el cribado detecta más cánceres de próstata y en estadios más precoces, pero no tiene impacto sobre la mortalidad por cáncer de próstata (RR: 0,95; IC del 95%, 0,85-1,07)⁶⁶. Cuando sólo se tienen en cuenta los estudios de mejor calidad, las diferencias tampoco son significativas. El análisis por subgrupos de edad sólo muestra una reducción de la mortalidad en el ECA ERSPC en

el grupo de 65-69 años (RR: 0,80; IC del 95%, 0,65-0,98)⁶⁶. No se encuentra una reducción significativa de la mortalidad global (RR: 1,00; IC del 95%, 0,98-1,02)⁶⁶. Los recientes resultados del ECA PLMO a los 13 años de seguimiento no modifican las conclusiones aportadas por esta revisión⁶⁷.

Por el contrario, los riesgos asociados al cribado son importantes, sobre todo si se tiene en cuenta que muchas de las personas en las que se ha detectado una elevación del PSA no hubieran desarrollado ni síntomas ni complicaciones en relación con este cáncer a lo largo de su vida⁶⁷. Entre los riesgos destacan los asociados a la biopsia diagnóstica (hemorragias, infección, dolor, ansiedad y efectos psicológicos de un resultado falsamente positivo), al tratamiento quirúrgico y a la radiación (disfunción eréctil, incontinencia urinaria, síntomas urinarios, aumento de la mortalidad)⁶⁶.

Las actuales recomendaciones de la USPSTF revisadas recientemente (tabla 11) son contrarias al cribado del cáncer de próstata (octubre 2011)⁶⁸.

Recomendaciones cribado cáncer de próstata, PAPPS 2012

- La determinación del PSA no debería recomendarse como prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio (evidencia moderada, recomendación débil en contra)

Screening for Prostate Cancer: An Update of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force

Russell Harris, MD, MPH, and Kathleen N. Lohr, PhD

Ann Intern Med. 2002;137:917-929.

Conclusions: Although potential harms of screening for prostate cancer can be established, the presence or magnitude of potential benefits cannot. Therefore, the net benefit of screening cannot be determined.

CAS CLÍNIC 2

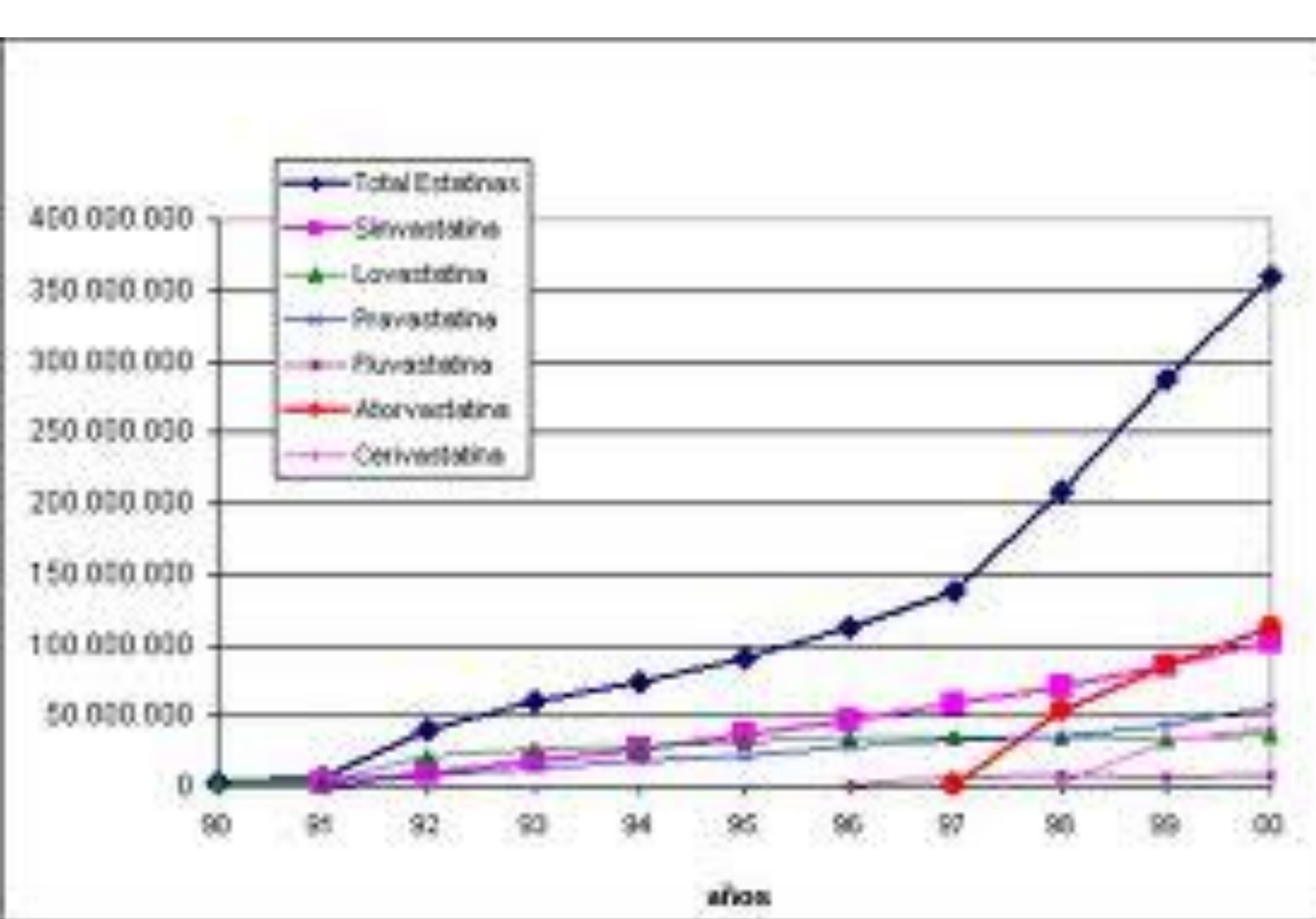
- Home de 67 anys. A la mútua s'ha realitzat una analítica on presenta colesterol de 287, LDL 113, HDL 58 i TG 89. No presenta altres FRCV.
- Ha acudit al metge de la mútua, que li ha recomanat atorvastatina 20mg/dia amb analítica de control als 3 mesos.
- Demana la recepta.
- Què li diem?

CAS CLÍNIC 2

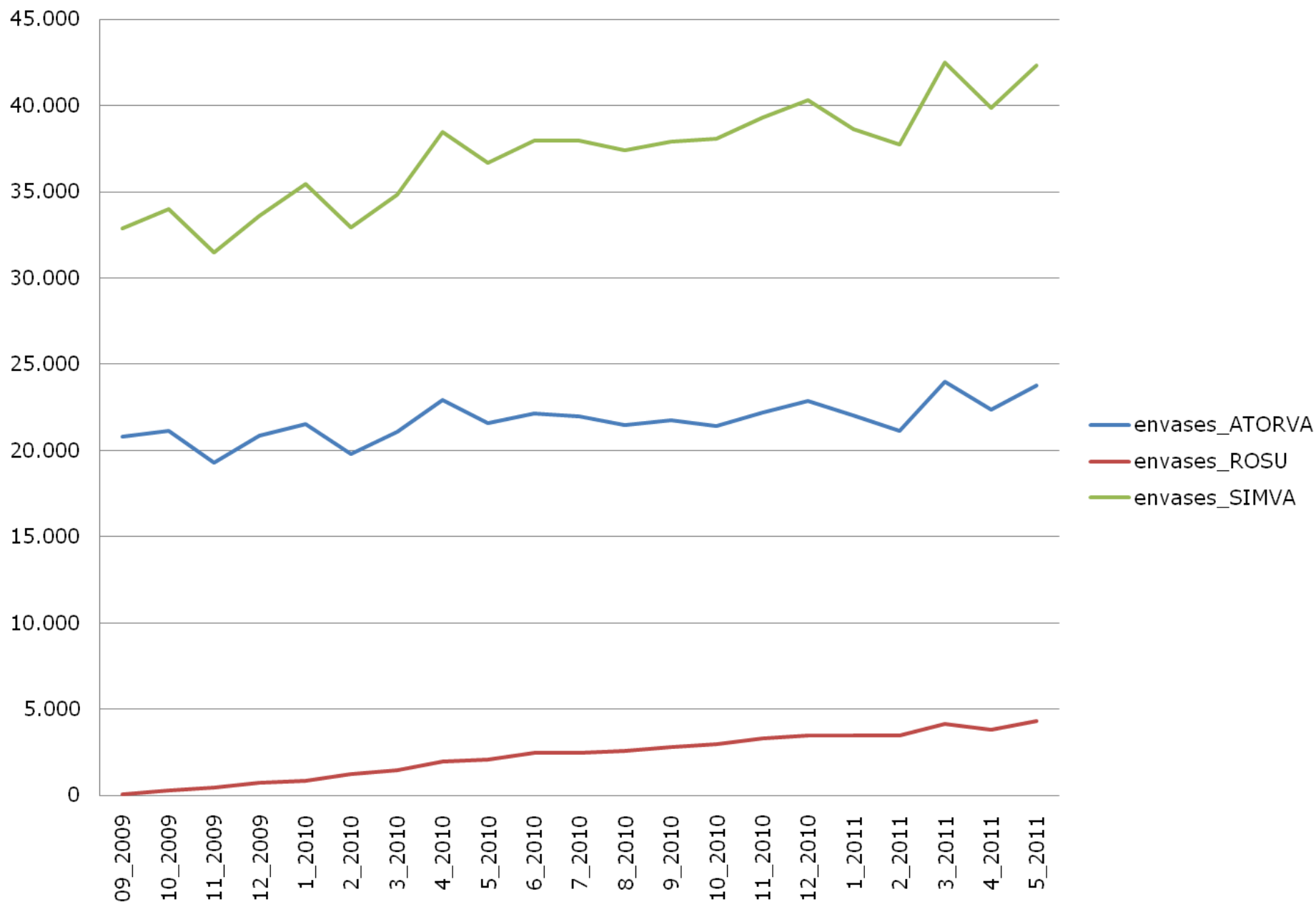
- a) Li expliquem detalladament l'equipotència de les dosis d'atorvastatina amb simvastatina i li proposem canviar el ttm per simva 40mg/d
- b) Ens neguem en rodó a fer-li la recepta i si no hi està d'acord ho pot acabar de comentar amb el seu metge (o sigui, el nostre tutor)
- c) Li fem la recepta però li expliquem que si al proper control millora podríem anar reduint la dosi
- d) Li donem recomanacions sobre dieta i estil de vida. No li fem la recepta (no té indicació: RCV baix) i li expliquem els motius. Tampoc li aconsellem fer-se controls analítics tan freqüents.

CAS CLÍNIC 2

- a) Li expliquem detalladament l'equipotència de les dosis d'atorvastatina amb simvastatina i li proposem canviar el ttm per simva 40mg/d
- b) Ens neguem en rodó a fer-li la recepta i si no hi està d'acord ho pot acabar de comentar amb el seu metge (o sigui, el nostre tutor)
- c) Li fem la recepta però li expliquem que si al proper control millora podríem anar reduint la dosi
- d) Li donem recomanacions sobre dieta i estil de vida. No li fem la recepta (no té indicació: RCV baix) i li expliquem els motius. Tampoc li aconsellem fer-se controls analítics tan freqüents.**



Número de envases



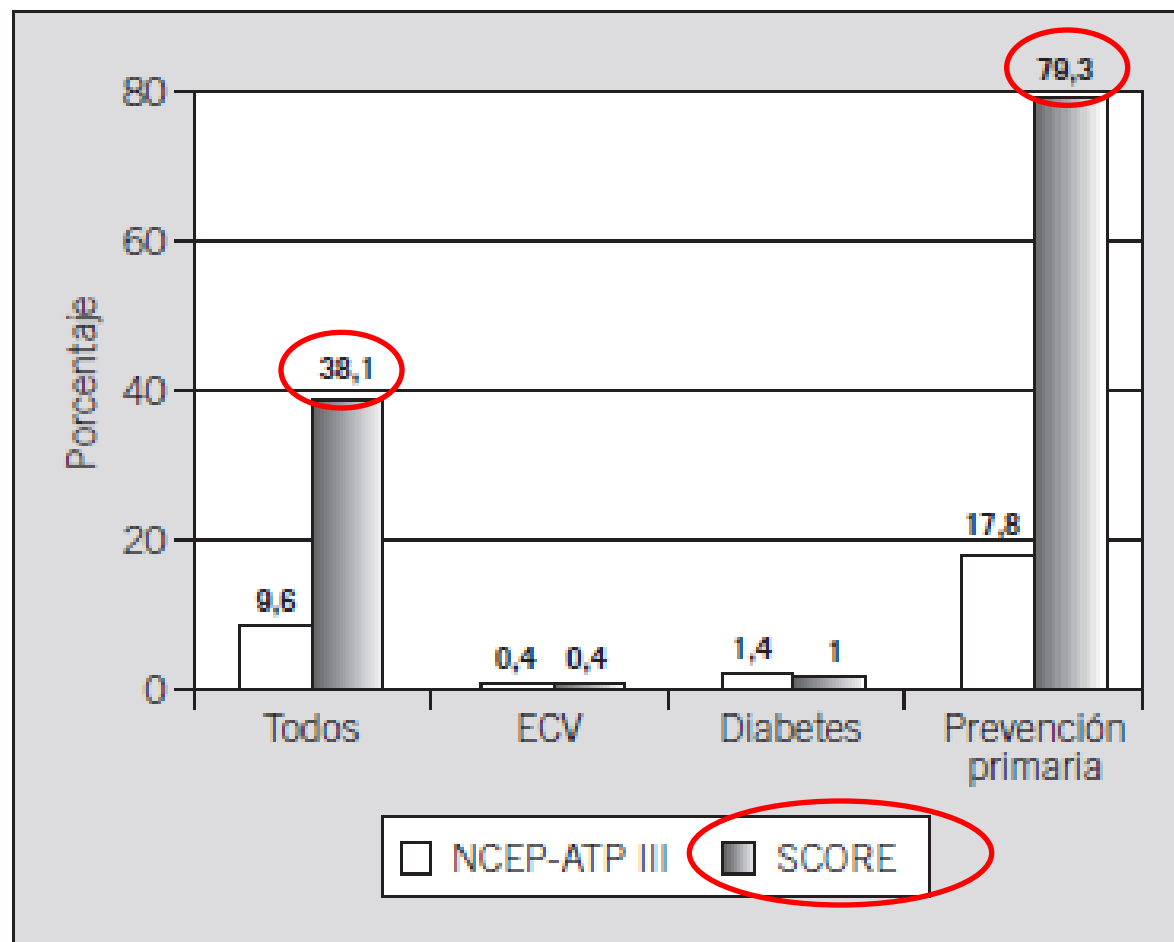
Prescripción inadecuada de estatinas y factores clínicos asociados

Carlos Lahoz^a, Ignacio Vicente^a, Antonio Criado^b, Fernando Laguna^a, Esther Torrecilla^a y José María Mostaza^a

^aUnidad de Arteriosclerosis. Hospital Carlos III. Madrid.

^bServicio de Cardiología. Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Fig. 1. Porcentaje de sujetos en los que no está correctamente indicado el tratamiento hipolipemiante según el NCEP-ATP III o según el proyecto SCORE, tanto en el total de la población como divididos según la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes o sujetos en prevención primaria.



Adecuación de la prescripción de hipolipemiantes y riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia

X.M. Segade Buceta^a / O. Dosil Díaz^b

^aÁrea de Atención Primaria. Santiago de Compostela.

^bCentro de Salud de Vite. Santiago de Compostela.

2001

Taula de Sheffield

Tabla 1. Adecuación de la prescripción según la tabla de Sheffield

Indicación de tratamiento según la tabla	RCV del 15%		RCV del 30%	
	%	EE	%	EE
No y paciente no toma	31,7	3,7	37,1	4,8
Sí y paciente toma	26,0	1,7	7,1	1,2
No y paciente toma	33,6	4,7	53,8	4,7
Sí y paciente no toma	8,7	1,8	2,0	0,7

CAS CLÍNIC 3



- Dona de 62 anys que consulta per gonàlgia mecànica des de fa 2 mesos. La RX mostra signes incipients d'artrosi.
- Antec: HTA en ttm farmacològic, obesitat.
- És derivada al COT, que li recomana:
 - Condroprotector
 - RX de control als 3-4 mesos
 - Realització de densitometria
- Què li diem?

CAS CLÍNIC 3

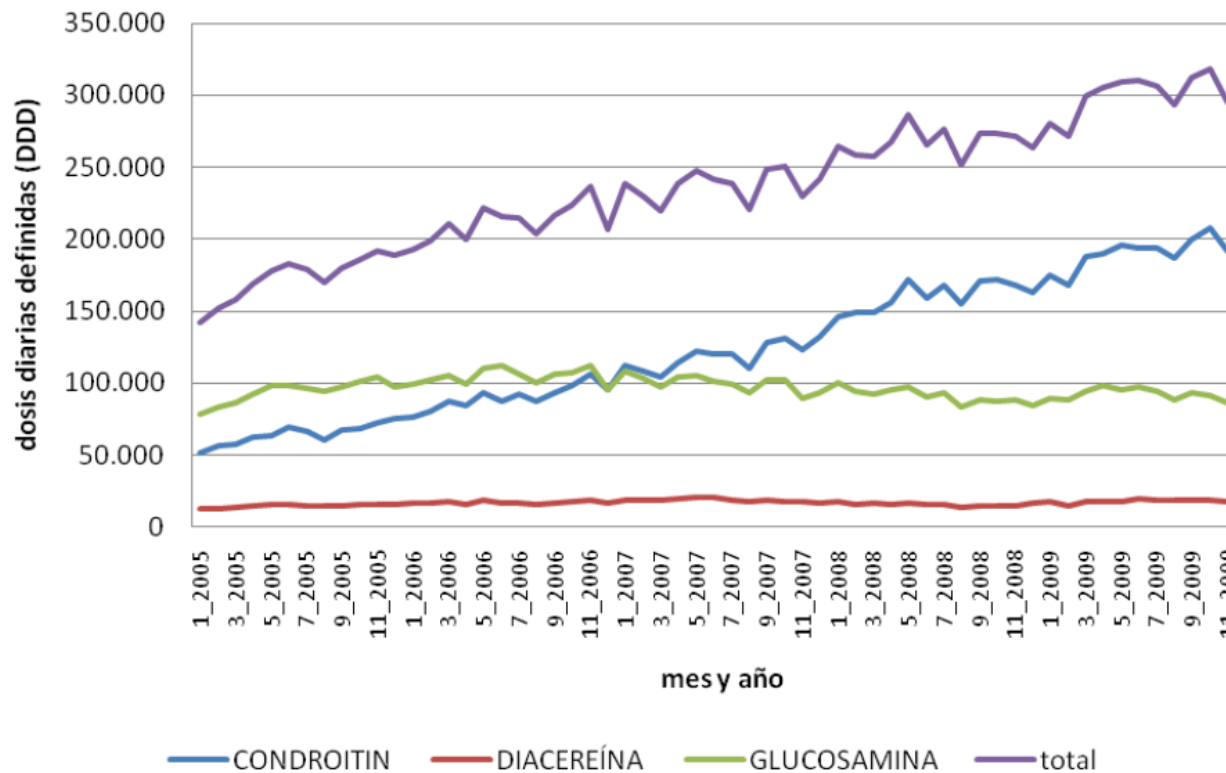
- a) Li expliquem la baixa eficàcia dels condroprotectors i li recomanem que es faci la RX i ja en parlarem segons el resultat...
- b) Pactem 3 mesos de condroprotectors i segons l'evolució valorar la necessitat de realitzar-se més proves
- c) No li recomanem el condroprotector, la RX i valorem la necessitat de densitometria si presenta diversos factors de risc d'osteoporosi
- d) Li proposem canviar el condroprotector per paracetamol, si no millora demanarem la RX de control i reinterroguem sobre possibles factors de risc d'osteoporosi

CAS CLÍNIC 3

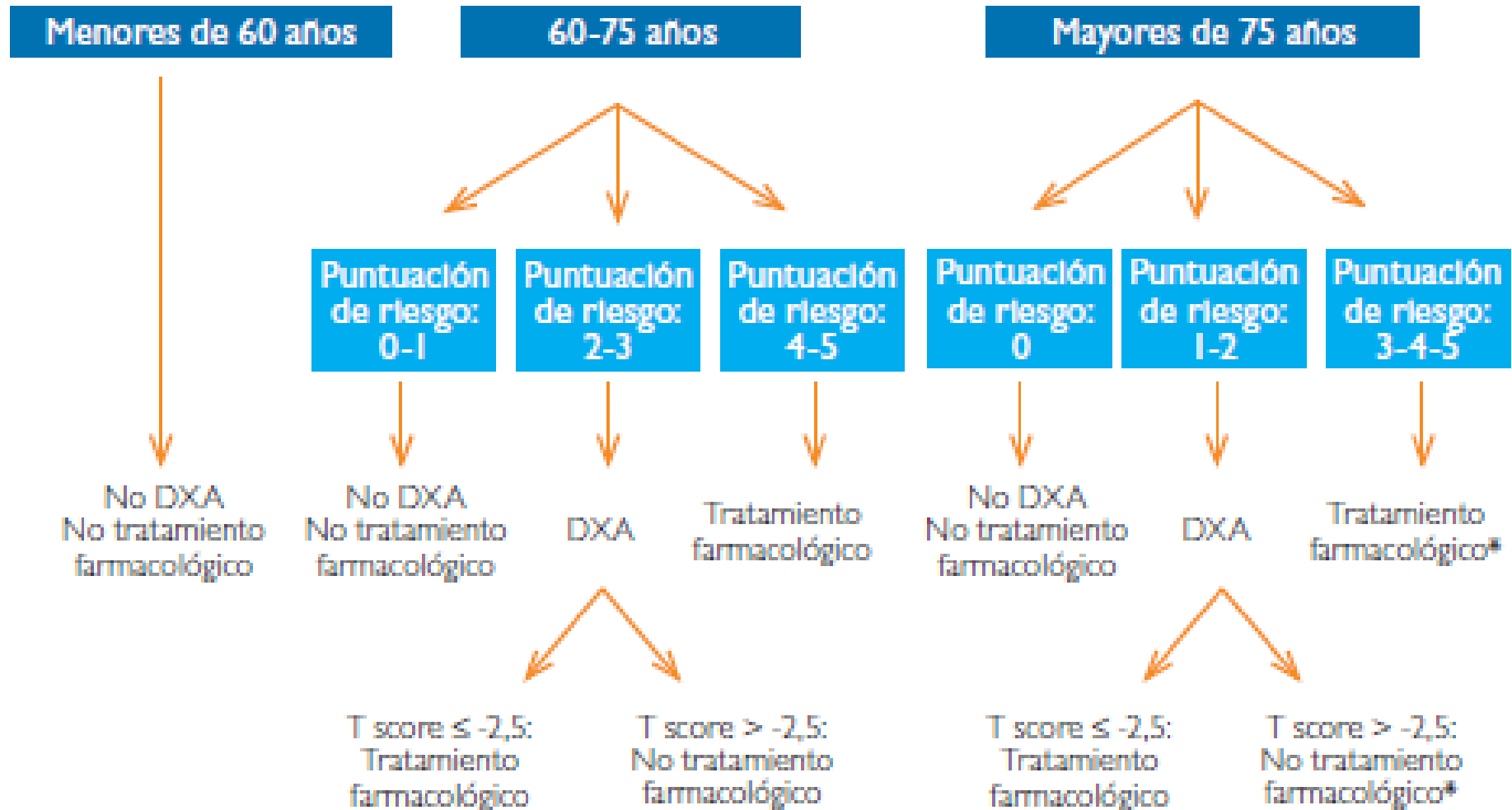
- a) Li expliquem la baixa eficàcia dels condroprotectors i li recomanem que es faci la RX i demani visita amb el vostre tutor
- b) Pactem 3 mesos de condroprotectors i segons l'evolució valorar la necessitat de realitzar-se més proves
- c) No li recomanem el condroprotector, la RX i valorem la necessitat de densitometria si presenta diversos factors de risc d'osteoporosi**
- d) Li proposem canviar el condroprotector per paracetamol, si no millora demanarem la RX de control i reinterroguem sobre possibles factors de risc d'osteoporosi

FÀRMACS SIMPTOMÀTICS D'ACCIÓ LENTA I ADMINISTRACIÓ ORAL PER A L'ARTROSI: EFICÀCIA DUBTOSA EN EL CONTROL SIMPTOMÀTIC I ACTIVITAT CONDROPROTECTORA NUL·LA

Consum mensual de SYSADOA a les Illes Balears en DDD 2005-2010.



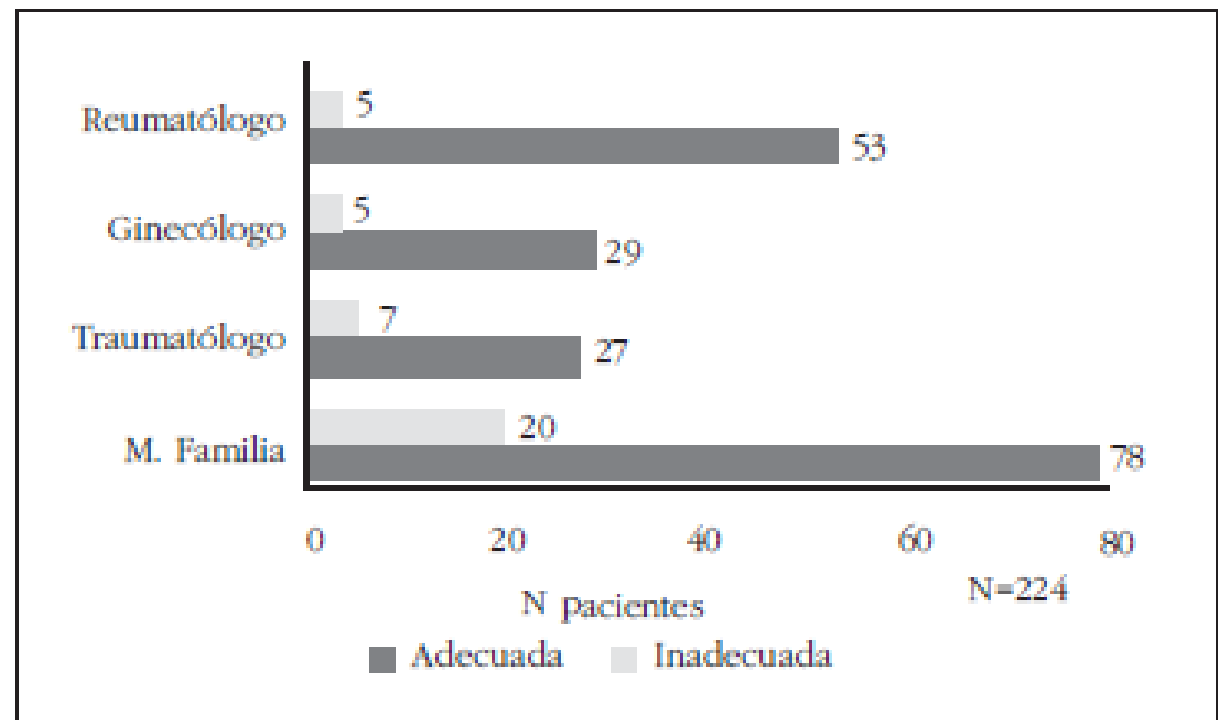
Algoritmo para la toma de decisiones en prevención primaria de fracturas en mujeres, según la edad y puntuación de riesgo.



*Al considerar la administración del tratamiento farmacológico en mujeres mayores de 80 años hay que tener en cuenta que, en general, son excluidas de los ensayos clínicos en los que se evalúa la eficacia de los fármacos.

Uso adecuado en Atención Primaria de los fármacos antirresortivos frente a la osteoporosis

Figura 4. Grado de adecuación de la prescripción según especialidad médica





CAS CLÍNIC 4

- Dona de 61 anys. Acut per tos i espectoració purulenta des de fa 3 dies amb sensació distèrmica. No té antecedents de cardio ni pneumopatia.
- Arriba a triatge d'urgències del vostre hospital. Per guanyar temps, sempre se us recomana que demaneu RX en aquests casos mentre el pacient espera.



CAS CLÍNIC 4

- Visiteu la pacient i l'AR únicament mostra algun roncus aïllat. Les constants són correctes i la pacient es troba eupneica i amb una satO2 98%
- El vostre R gran passa per allà i li comenteu el cas. Us recomana que li doneu l'alta amb ttm amb atb, com per ex. Augmentine, tria tu mateix/a....
- Què en penseu? Què faríeu?

Tabla 1. *Procedimiento diagnóstico. Radiografías de Tórax. Equivalencia con respecto a la radiación ambiente*

Radiografía	Tórax	1	1,5 días
	Cráneo	3,5	11 días
	Abdomen	50	6 meses
	Estudio digestivo	150	16 meses
	Enema opaco	350	3 años
Tomografía computarizada	Cráneo	115	1 año
	Tórax	400	3,6 años
	Abdomen	500	4,5 años

RX dorsal	35	4 meses
RX lumbar	65	7 meses

Resistencias a antimicrobianos

José María Molero García

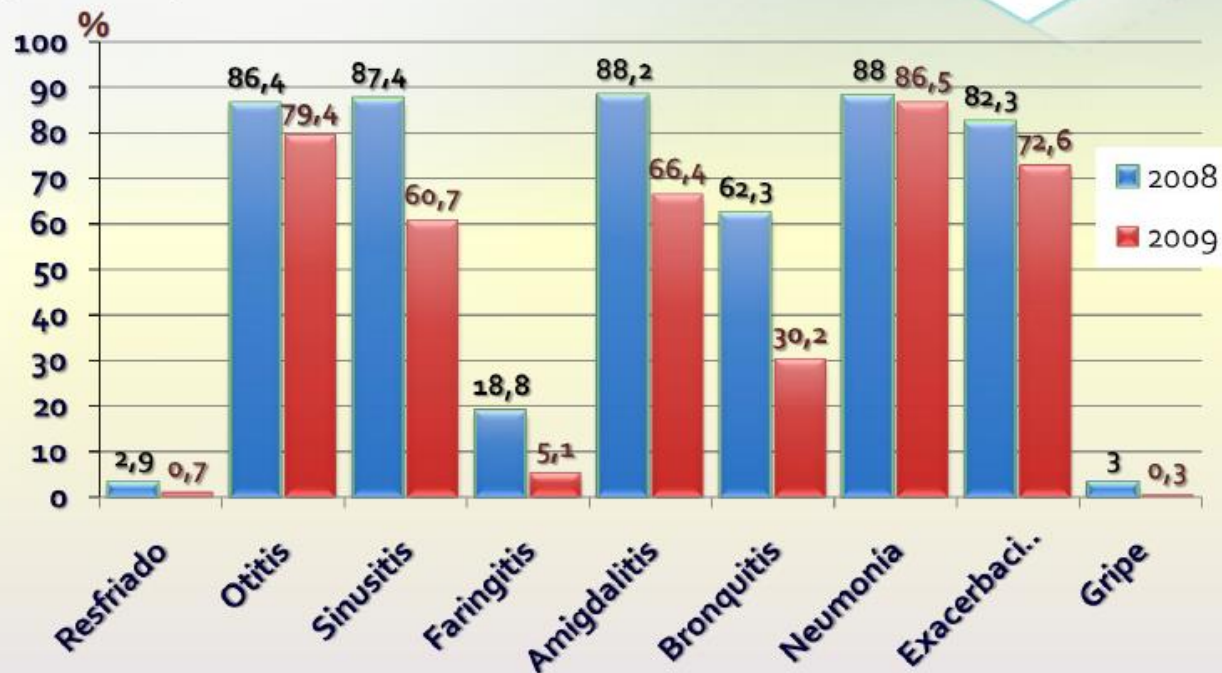
Grupo de enfermedades infecciosas

SOMaMFyC
Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria

semFYC, SoMaMFyC

Prescripción de antibióticos por los médicos de familia en infecciones respiratorias

(n: 210 MF)



Consumo de antibióticos en España

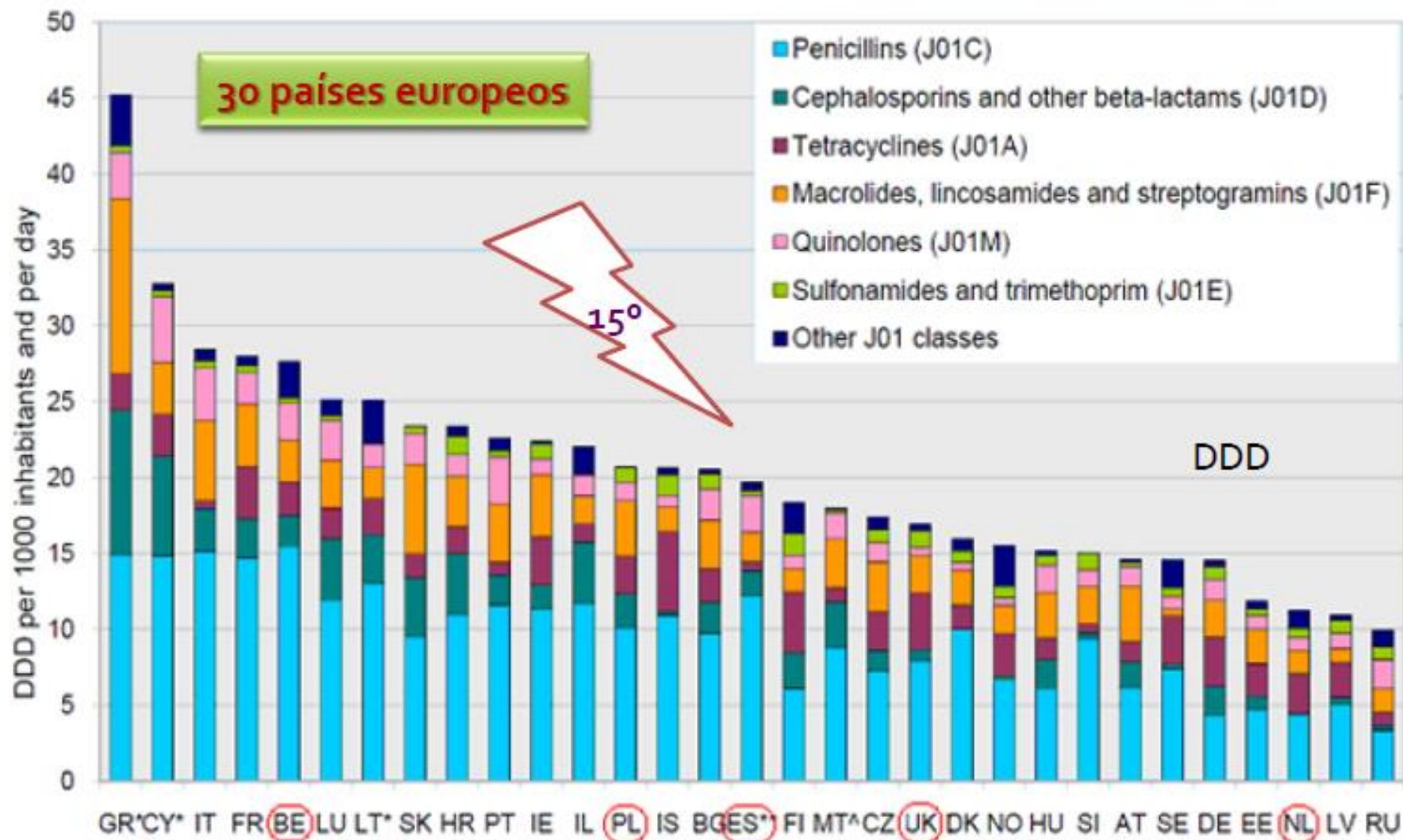


Entre los países desarrollados con **mayor consumo**

Uno de los países con **mayores problemas de resistencias a ATB**

Uso frecuente de antibióticos de **espectro más amplio**

Utilización ambulatoria de antibióticos en 2008 en Europa



CAS CLÍNIC 4

- La mateixa pacient arriba a urgències al cap d'1 mes i presenta sd miccional des de fa 3 dies.
- No presenta senyals d'alerta i l'exploració és normal.
- Tira orina: leucos ++, nitrits +.
- El vostre R gran us recomana que li pauteu Zinnat 500mg/12h x 7-10 dies.
- Què feu?

CAS CLÍNIC 4

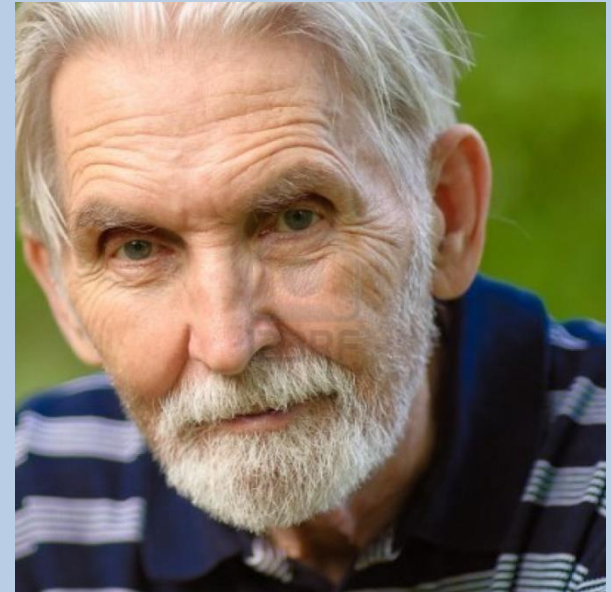
- a) Li feu cas, doncs esteu aprenent i probablement ell/a en sap més que vosaltres
- b) No teniu clar si és el ttm més correcte. Ho busqueu per internet i per tant prescribiu el ttm indicat a la pàgina que heu trobat
- c) Li pregunteu els motius de l'elecció d'aquesta pauta i, amb aquesta informació, acabeu de decidir el ttm més apropiat, que no té perquè ser el que us ha recomanat
- d) Passeu de tot, no voleu problemes i, a més, sabeu que aquesta pauta és suficientment llarga i potent com per matar qualsevol E coli

CAS CLÍNIC 4

- a) Li feu cas, doncs esteu aprenent i probablement ell/a en sap més que vosaltres
- b) No teniu clar si és el ttm més correcte. Ho busqueu per internet i per tant prescribiu el ttm indicat a la pàgina que heu trobat
- c) Li pregunteu els motius de l'elecció d'aquesta pauta i, amb aquesta informació, acabeu de decidir el ttm més apropiat, que no té perquè ser el que us ha recomanat**
- d) Passeu de tot, no voleu problemes i, a més, sabeu que aquesta pauta és suficientment llarga i potent com per matar qualsevol E coli

CAS CLÍNIC 5

- José, 83 anys
- Primera visita:
- Antecedents:
 - HTA
 - DM2
 - Arteriopatia perifèrica (estadi IIA)
 - C. Isquèmica estable (angor el 2010)
 - ICC (2 episodis de descomp, l'últim el 2010).
Díspnea CF II de la NYHA.
 - ACxFA
 - Hiperuricèmia



CAS CLÍNIC 5

- Tractament crònic:
 - Enalapril 10mg/12h
 - Furosemida 1c/dia
 - Boi K 1c/48h
 - Digoxina 5 dies/ setmana
 - Omeprazol 20mg/dia
 - AAS 300mg/dia
 - Elorgan 400mg 1comp/12h
 - Metformina 0-1-0, Daonil 5mg 1-0-1
 - Alopurinol 300mg/dia



- Enalapril 10mg/12h
- Furosemida 1c/dia
- Boi K 1c/48h
- Digoxina 5 dies/ setmana
- Omeprazol 20mg/dia
- AAS 300mg/dia
- Elorgan 400mg 1comp/12h
- Metformina 0-1-0, Daonil 5mg 1-0-1
- Alopurinol 300mg/dia

- Enalapril 10mg/12h
- Furosemida 1c/dia
- Boi K 1c/48h
- Digoxina 5 dies/ setmana
- Omeprazol 20mg/dia
- AAS 300mg/dia
- Elorgan 400mg 1comp/12h
- Metformina 0-1-0, Daonil 5mg 1-0-1
- Alopurinol 300mg/dia

- Enalapril 10mg/12h
- Furosemida 1c/dia
- Boi K 1c/48h
- Digoxina 5 dies/ setmana
- Omeprazol 20mg/dia

- AAS 300mg/dia
- Elorgan 400mg 1comp/8h
- Metformina 0-1-0, Daonil 5mg 1-0-1
- Alopurinol 300mg/dia

CAS CLÍNIC 6

- Dona de 32 anys, gestant de 23 setmanes. La seva llevadora li ha programat test d'O'Sullivan per la setmana. No té clar si és necessari que es faci aquesta prova.
- Què li diem?



CAS CLÍNIC 6

- a) El test d'O'sullivan es recomana en totes les gestants entre la setmana 24 i 28
- b) Les evidències actuals són insuficients per recomanar el test abans o després de la setmana 24
- c) Només és realment necessari si existeixen factors de risc
- d) No és realment necessari, ja que si es detecta DG es donaran recomanacions saludables pel que fa la dieta

CAS CLÍNIC 6

- a) El test d'O'sullivan es recomana en totes les gestants entre la setmana 24 i 28
- b) Les evidències actuals són insuficients per recomanar el test abans o després de la setmana 24**
- c) Només és realment necessari si existeixen factors de risc
- d) No és realment necessari, ja que si es detecta DG es donaran recomanacions saludables pel que fa la dieta

PAPPS 2012

La prevalencia de diabetes gestacional en España oscila entre un 6 y un 8%²⁶; para su cribado se utiliza el test de O'Sullivan; su realización sistemática en todas las gestantes es cuestionable²⁷, se recomienda su realización en gestantes con factores de riesgo (tabla 5) entre las semanas 24-28 (evidencia limitada pendiente resultados). Con resultados

Tabla 5 Factores de riesgo. Diabetes gestacional (DG)

- Historia de diabetes en familiares de primer grado
- Obesidad definida como un IMC > 30
- Antecedentes de tolerancia alterada a la glucosa o DG
- Malos antecedentes obstétricos (abortos, muerte fetal *sine causa*, macrosomía fetal [> 4 kg], malformaciones)
- Pertenencia a grupo étnico con elevada prevalencia (afroamericana, indias pyma, etc.)

USPTF: Suggestions for Practice

- Until there is better evidence, clinicians should discuss screening for GDM with their patients and make case-by-case decisions.
- The discussion should include information about the uncertain benefits and harms as well as the frequency and uncertain meaning of a positive screening test result.

I NOSALTRES, QUÈ HI PODEM FER?

Algunes pistes...

- Tota intervenció sanitària ofereix beneficis i danys i només algunes ofereixen més beneficis que danys



LE VAMOS A METER
UN TUBO POR EL RECTO Y
SE LO SACAREMOS POR
LAS FOSAS NAALES...
PAVÉ CÒMO ESTÁ
ESA RODILLA...

¿ HAY
QUE VENÍ
ENAYUNA...?

¡ NO, PORDIÓS,
TAMPOCO HAY QUE
SUFRIR SIN
NECESIDAD... !

CHASGRASIA
...

by J. MORGAN



Do I Have Cancer?



Yes



No



Don't
Tell Me

BMJ

Helping doctors make better decisions



Research

Education

News

Comment

Mu

Search all BMJ research articles



From 1840

Jan

Keep up to date with cardiology: Access the latest [cardiovascular medicine resource](#)

RESEARCH

Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study

BMJ 2012; 345 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6231> (Published 27 September 2012)

Cite this as: BMJ 2012;345:e6231

[Dementia](#) [Memory disorders \(psychiatry\)](#) [Drugs: musculoskeletal and joint diseases](#)
[Epidemiologic studies](#) [More topics](#)

Article

[Related content](#)

[Read responses \(10\)](#)

[Article metrics](#)

Sophie Billioti de Gage, *PhD student*^{1 2}, Bernard Bégaud, *professor*^{1 2 3}, Fabienne Bazin, *researcher*^{1 2}, Hélène Verdoux, *professor*^{1 2 4}, Jean-François Dartigues, *professor*^{1 5 3}, Karine Pérès, *researcher*^{1 5}, Tobias Kurth, *director of research*^{1 6 7}, Antoine Pariente, *associate professor*^{1 2 3}

Author Affiliations

Correspondence to: S Billioti de Gage or B Bégaud, Université Bordeaux Segalen, INSERM U657, 146 rue Léo Saignat, F-33076, Bordeaux cedex, France sophie.billiotidegage@u-bordeaux2.fr or bernard.begaud@u-bordeaux2.fr

Accepted 4 September 2012

Prudencia



Parar



Pensar



Hablar

DOCTOR, OLVIDO LO QUE ME ESTÁ PASANDO HACE DÍAS, TAL VEZ SEMANAS... Y RECUERDO VIVAMENTE COSAS DE CUANDO ERA JOVEN

YA, ¿Y QUIERE QUE LE DÉ ALGO PARA CURARLO?

NO, QUIERO QUE ME DÉ ALGO PARA POTENCIARLO

AL CAP I A LA FI
LA FELICITAT ÉS
UN OBLIT SELECTIU



DOCTOR

NO necesito un
antidepresor.
¡Me he roto el pie!







**EFFECTO RELATIVO DE LOS
DETERMINANTES DE LA
SALUD**



**PROPORCIONES RELATIVAS DEL
DINERO PÚBLICO DESTINADO A LOS
DETERMINANTES DE LA SALUD**

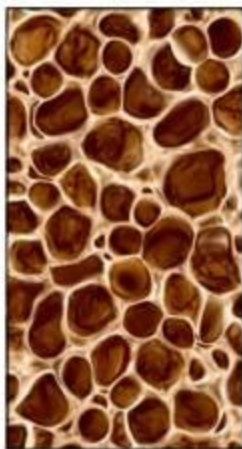
*Lalonde, M. A new perspective on the
Health of Canadians*



Normal bone matrix



Osteoporosis





Normal bone matrix



Osteoporosis





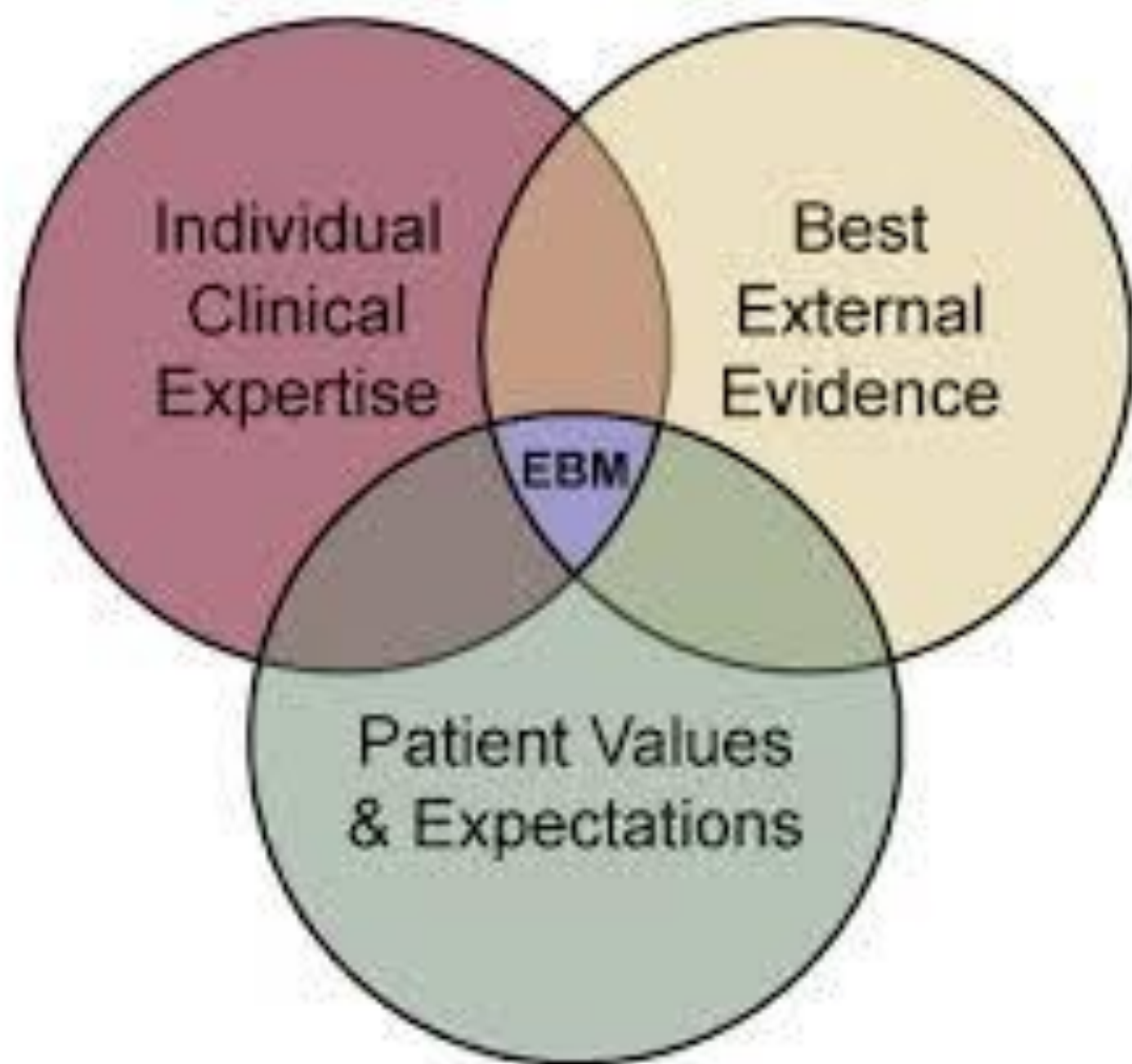
FINALMENTE... ¡El te mata!

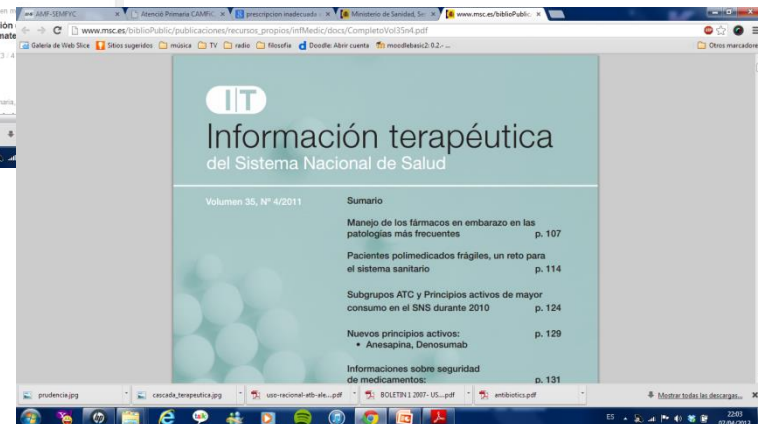
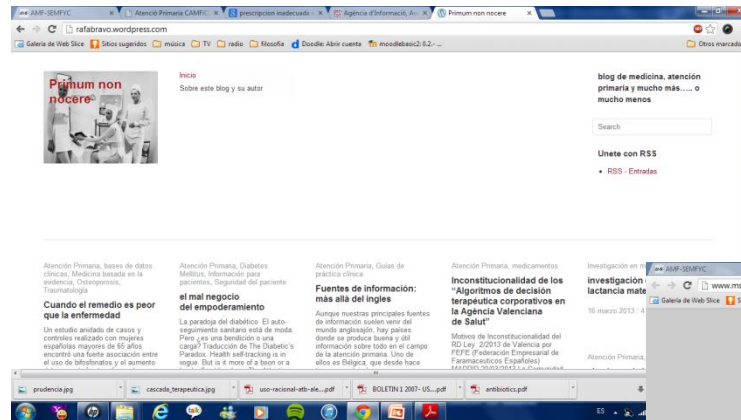




Resultados







EL COMPRIMID

Les cascades són inevitables excepte en el seu origen

El sello Glasbergen



“A su edad, las personas se ponen ansiosas de tomar tantas pastillas. Le puedo recetar algo para eso”.



**Fa menys mal un “no” raonable que un “sí”
complaent**



Prescripcionprudente.wordpress.com

- **1º principio:** busca en primera instancia alternativas no farmacológicas
- **4º principio:** siempre que sea posible usa el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico
- **5º principio:** maneja pocos medicamentos, pero aprende a utilizarlos bien
- **9º principio:** ante un nuevo problema de salud piensa en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento
- **13º principio:** no tengas prisa por utilizar medicamentos de reciente comercialización
- **19º principio:** ante un fracaso terapéutico evita prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento



Deprescripció

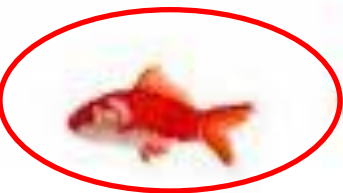
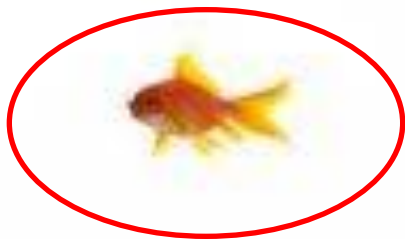
Conciliació

Criteris Beers
Criteris STOPP-START

Start low, go slowly



LaIslaTuerta.org



MOLTES GRÀCIES!

