

# BUTLLETÍ CAPS

Butlletí d'Informació nº 32

Estiu 2007

París 150, 1er 2<sup>a</sup>. 08036 Barcelona. Tel/fax 93 3226554. E-mail: caps@pangea.org  
<http://www.caps.pangea.org>



## EDITORIAL

*“Per mi l'essencial és comprendre”.*  
Hanna Arendt

Després de vint-i-quatre anys de la creació del CAPS, en que hem reflexionat, hem fet pedagogia i hem intentat entendre els conflictes sanitaris en que estàvem situats, podem dir amb la cara alta que lo essencial per nosaltres també ha estat comprendre per poder transformar. Però és ben cert que la complexitat de la organització del sistema sanitari impulsat per polítiques amb inèrcies competitives en que l'obtenció de la salut no ha estat l'objectiu prioritari, ens està impeding transformant el que ens semblava haver entès.

Ens podem preguntar en què ens hem equivocat, i com és possible que tenint clar des de fa més de vint anys, que volem fer a la ciutadania protagonista de la seva salut, i que la atenció primària de qualitat hauria de ser la base on pivota la assistència sanitària, hem acabat tenint gent que consumeix serveis, que creu que els problemes de salut reals només es poden resoldre a nivell hospitalari, i incrementa el consum de fàrmacs en lloc de canviar els propis hàbits de conducta.

El diàleg entre gestors, professionals sanitaris i ciutadania ha estat escàs i enrarit, i la participació ciutadana en l'àmbit de la sanitat encara en el terreny de la utopia. De cop i volta descobrim que falten professionals



de la medicina, pediatres, ginecòlegs, anestesistes i encara no sabem quin es el Pla de recursos humans amb el que hem jubilat obligatòriament als que ja tenien 65 anys, amb la excusa de donar noves oportunitats als nostres joves, i estem buscant professionals fora de les nostres fronteres.

Tots els actors del sistema, donen la culpa als altres i es treuen la responsabilitat de sobre, però aquesta és una mala manera de comprendre, i un bon camí per equivocar-se.

Quin és el denominador comú que trobem a faltar en totes les problemàtiques que envolten el sistema sanitari? Que l'anàlisi dels problemes és fa de forma endogàmica, cada actor entre els seus, i que no hi ha comunicació ni participació real en les decisions importants. Es continua fent polítiques sanitàries **per** la gent i no **amb** la gent. I així perdem moltes de les capacitats, visions i complicitats per poder transformar. I la participació no ha de ser una

escenificació, ni una aparença, perquè la ciutadania ja es prou madura per exigir els seus drets, i per exercitar-los. Qui busca, analitza, debat i crea noves alternatives acaba trobant solucions imaginatives, solidaries i que no creen més desigualtats. Només cal veure l'exemple de Nova Zelanda, que després de veure com empitjorava l'estat de salut de la població amb estratègies privatitzadores de l'atenció primària ha acabat tornant a reforçar el sistema sanitari públic, com a únic camí per preservar la salut de la població sense desigualtats.

Un petit exemple de la força que pot tenir una bona anàlisi, malgrat la precarietat de recursos, ha estat la confirmació de la presència de material radioactiu, a Palomares, en concret estronci, després de 30 anys. Recordeu el Quadren Caps n<sup>o</sup>5 (1986) en que ho varem publicar? Doncs potser dins d'uns quants anys veurem que la realitat ens dona la raó. Mentrestant decidim apostar decididament per la participació a tots els nivells de les decisions.

Carme Valls-Llobet





## LES DIRECTRIUS DE LA IAPO SOBRE PARTICIPACIÓ DEL PACIENT<sup>1</sup>

Albert Ferrís Pellicer

*A les Jornades europees sobre Precarietat i Salut el 29 i 30 de juny de 2007, vaig suggerir la conveniència d'autodiagnosticar-nos amb aquests dos criteris de valoració referits*

Amb aquesta eina d'autodiagnòstic ara podem determinar el grau de qualitat de la nostra participació sanitària. És molt senzill, només hem de pintar a la casella un **SI**, si creiem que els directrius les seguim, un **NO** en cas contrari i un **NA** si creiem que són inaplicables.

El qüestionari/enquesta proposat per l'Aliança Internacional d'organitzacions de pacients sobre 11 aspectes ens fa 40 preguntes que són les següents.

### SOBRE LA IDENTIFICACIÓ DE LA TEMÀTICA I L'ESTABLIMENT D'OBJECTIUS

1.  S'ha identificat el procés, l'activitat o les accions que podrien tenir un impacte en els pacients?
2.  S'ha determinat l'abast inicial de l'activitat proposada més realista comptant les fases de planificació i d'implementació?
3.  S'han identificat els objectius i els grups d'interès que haurien d'involucrar-me?

<sup>1</sup> International Alliance of Patients' Organizations (<http://www.patientsorganizations.org/>).

4. S'han avaluat els beneficis i els reptes de la participació dels pacients per a cadascun en particular i per al conjunt dels pacients?
5.  S'ambiciona integrar a tots els grups d'interès el més aviat possible en totes les fases de l'activitat: disseny, implementació, comunicació i avaluació?

### SOBRE LA IDENTIFICACIÓ DELS REPRESENTANTS ADEQUATS PELS PACIENTS

6.  S'ha preguntat als pacients i a les seves organitzacions, quin són els grups d'interès i qui els pot representar millor en la tasca proposada?
7.  S'han utilitzat diferents mètodes per identificar i seleccionar l'equip de representants dels pacients?
8.  S'ha fet tot el possible per incloure grups minoritaris amb poca capacitat per fer-se escoltar intentant equilibrar la representativitat del conjunt de pacients?

### SOBRE L'ESTÍMUL DE LA PARTICIPACIÓ I LA MOTIVACIÓ

9.  S'ha estimulat la participació mostrant la transcendència del tema i proporcionant la informació de suport i l'argumentari?
10.  S'ha aconseguit ser transparent per generar confiança?
11.  S'ha utilitzat un llenguatge comprensible que eviti les ambigüitats?
12.  S'han fet esbrinaments sobre les experiències de cada col·lectiu?
13.  S'han proporcionat respostes de retorn per generar confiança i animar la continuïtat del compromís?

## **SOBRE LA DETERMINACIÓ DELS MÈTODES DE PARTICIPACIÓ ADDIENTS**

14.  S'ha invitat als representants dels pacients a fer propostes de planificació d'objectius i mètodes amb el criteri de deliberar i discutir fins arribar a acords?
- 15  S'ha buscat i avaluat l'existència de metodologia existent per evitar la duplicació d'esforços?
- 16  S'ha utilitzat més d'un mètode de participació incloent als pacients en comitès, grups de monitorització, fòrums, de consultes, de xarxes assessores, fòrums de pacients i eines electròniques en temps real?

## **SOBRE L'ENFORTIMENT DE LA PARTICIPACIÓ**

17.  S'ha animat als pacients a i als seus representants a definir les seves necessitats les del projecte i modular les necessitats individuals a les del grup tant com sigui possible?
18.  S'han pres en consideració els requeriments dels pacients amb mobilitat reduïda i salut precària a l'hora de definir el lloc i el ritme de els sessions?
19.  S'ha comptat i resolt el problema de els limitacions personals de mobilitat, temps diners i idioma per a tots els col·lectius?
20.  S'ha comptat amb les absències involuntàries per motius de salut i en els opcions per resoldre-ho?
21.  S'ha estat sensible per escoltar atentament els comentaris i les preocupacions dels assistents sobre la seva participació?
22.  S'han establert terminis realistes per la durada del procés?
23.  S'han proporcionat compensacions per les despeses realitzades i s'han ofert

remuneracions per sessió pel temps que han dedicat els representants dels pacients?

## **SOBRE LA PREVISIÓ D'INFORMACIÓ, AVALUACIÓ I FORMACIÓ**

24.  S'ha preguntat als representants dels pacients quina informació i formació necessiten per participar i estar involucrat i compromès en el projecte?
25.  S'ha facilitat la formació apropiada per assegurar un cert equilibri respecte el nivell de coneixements entre els participants?
- 26  S'ha assegurat que tot el material i la informació es presenta en format accessible i adequat al perfil dels participants i amb coherència amb els principis elementals de l'alfabetització en salut?
27.  S'ha pres en consideració l'accessibilitat a les webs recordant que no tothom té accés a Internet?

## **SOBRE LA MONITORITZACIÓ DE LA PARTICIPACIÓ ASSEGURANT LA SEVA UTILITAT**

28.  S'ha assegurat que la participació és permanent?
29.  S'ha assegurat que els representants dels pacients rebin un tracte igualitari?
30.  S'han registrat els resultats, i el que és més important, s'ha actuant basant-nos en aquests resultats i procurant que s'implementin els canvis proposats?

## **SOBRE L'AVAUACIÓ DEL PROJECTE**

31.  S'han revisat regularment els mecanismes de participació incorporant

les respostes als pacients sobre la implementació de les millores?

32.  S'ha involucrat als pacients en la definició de nous objectius i en la modificació dels existents?

#### **SOBRE EL RECONeixEMENT DE L'ESFORÇ DE PARTICIPAR**

33.  S'ha agraït a tots els participants la seva contribució al projecte?

34.  S'ha reconegut públicament i per escrit la seva contribució en els documents finals del projecte?

35.  S'ha pensat globalment més enllà del projecte individual?

#### **SOBRE LA REVISIÓ DE LES NORMES INTERNES**

36.  S'han examinat els mètodes de desenvolupament de les polítiques la seva implementació i avaluació identificant possibles obstacles per la participació efectiva dels pacients i com superar-los?

37.  S'han realitzat els canvis oportuns per adequar els reglaments interns de cada institució?

#### **SOBRE L'EDUCACIÓ PERSONAL**

38.  S'ha assegurat que tothom en l'organització comprèn el valor i la importància de la participació dels pacients?

39.  S'han compartit les millors pràctiques interna i externament?

40.  S'ha millorat l'alfabetització sanitària que engloba tant la comprensió de la capacitat d'acció mitjançant el seguiment de les conferències i oportunitats per formar-se en participació de pacients?

#### **EL VANO PARTICIPATIU DE LA IAPP**

L'Associació Internacional per la Participació Pública, també ha creat una classificació de les diverses formes de participació en funció de la major implicació de la població

El vano (o l'espectre) de 5 nivells és el següent:

**1. Informació**, on només hi ha comunicació unidireccional

**2. Consulta**, sense diàleg però amb comunicació bidireccional

**3. Participació** quan els representants del Govern involucren al públic des del principi

**4. Col·laboració** . S'estableix una associació amb el públic en tot el procés de la presa de decisions i la selecció de les preferències

**5. Atribució de poders**. Quan es traspasa el poder de prendre decisions a la ciutadania

## **Alertas sanitarias, aviones y virulencia**

Profesor de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.  
asegurabene@ub.edu

ANDREU SEGURA 05/06/2007

Bajo el título *Alerta ante el virus viajero*, la contraportada de EL PAÍS del jueves 31 de mayo se hace profuso eco del rocambolesco episodio protagonizado por un anónimo residente norteamericano recién casado en Grecia y de luna de miel en Roma a quien, desde Estados Unidos, se le confirmaba el diagnóstico de una tuberculosis pulmonar extremadamente resistente, a la vez que se le conminaba a presentarse de inmediato a las autoridades italianas para su aislamiento sanitario y se supone que también para intentar tratar su infección. Ni corto ni perezoso el interfecto decidió volver a Estados Unidos eludiendo con éxito las órdenes de la salud pública norteamericana y aduciendo su desconfianza en la sanidad italiana.

*La resistencia se debe al mal uso de los fármacos, lo que podría evitarse con un mejor control de los tratamientos*

*Emitir una alerta sanitaria cuesta poco pero moviliza muchos recursos, por lo que hay que aplicar criterios rigurosos*

El desconocimiento de los detalles del procedimiento empleado impide una valoración definitiva de la actuación de los salubristas americanos, aunque la flagrante desobediencia del paciente siembra la duda sobre su adecuación. Convendría saber cuál fue la información que se le facilitó acerca del riesgo de contagio y de las medidas de precaución, así como si existía alguna previsión de desacato.

Aunque no parece razonable que, como ocurre en las películas de espías, mandaran en su busca a un destacamento de *marines*.

Una vez de vuelta a casa el fugitivo paciente, los Centros para el Control de las Enfermedades, los famosos CDC, autoridad sanitaria federal, han dictaminado su reclusión bajo vigilancia policial en un hospital de Atlanta, precisamente la sede principal de los CDC, algo que no sucedía desde 1963. Se le ha recluso tal vez para evitar el bochorno de una nueva huida, si bien legalmente justificada en la protección de eventuales contactos a los que el enfermo podría propagar su infección.

El reportaje comenzaba preguntando al lector si por casualidad había viajado en el vuelo de Air France del 12 de mayo de Atlanta a París o en el Czech Airlines del 21 de mayo de Praga a Montreal. Porque de ser así debería presentarse a las autoridades sanitarias pertinentes, ya que podría haberse contagiado con un microbio potencialmente letal resistente a cualquier tratamiento.

No consta si la iniciativa sanitaria que recogen los medios de comunicación se acompañó de información sobre el riesgo de contagio de la tuberculosis extremadamente resistente ni tampoco si se ofrecieron datos acerca de la importancia y las causas de esta resistencia que podrían

haberse empleado para contextualizar la noticia y proporcionar un conocimiento más provechoso para la población.

Por lo que se sabe, el riesgo de infectarse con un bacilo tuberculoso extremadamente resistente no es distinto del que corresponde a cualquier otro tipo de tuberculosis. La propagación de la tuberculosis pulmonar requiere que las bacterias expulsadas mediante la tos o el estornudo alcancen las mucosas del huésped susceptible, lo que no sucede fácilmente, si no es en ambientes hacinados y mal ventilados.

Aunque bastan unos pocos bacilos para infectarse, muchos contactos no se infectan y lo que es más importante, sólo una pequeña proporción de los contagiados desarrollará la enfermedad. La vulnerabilidad del huésped depende de su estado inmunitario. Según informa la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) los viajes aéreos suponen un riesgo mínimo de contagio de cualquier forma de tuberculosis.

Emitir una alerta sanitaria internacional cuesta poco, pero comporta la movilización de muchos recursos, lo que exige, además de la proporcionalidad de la reacción, la aplicación de criterios rigurosos de eficiencia y de equidad. En este caso no han sido los viajeros que compartieron los vuelos con el enfermo las personas más expuestas al contagio.

De más interés es analizar las causas de la aparición de cepas de bacilos tuberculosos resistentes y su impacto en la salud mundial. No se dispone de información precisa sobre la proporción de tuberculosos afectados por las cepas extremadamente resistentes, aunque

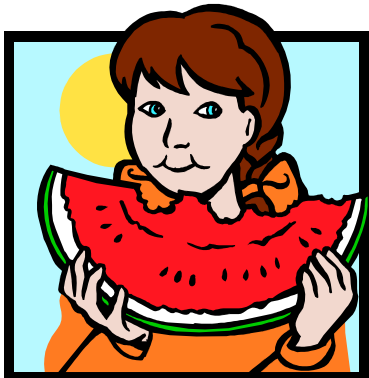
la OMS estimó que en el año 2004 se produjeron cerca de medio millón de casos de tuberculosis multirresistente, que se supone es el paso previo a la resistencia extrema, mucho más difícil de tratar.

La resistencia a la quimioterapia es, en gran manera, consecuencia de una utilización inadecuada de los medicamentos, un problema que podría

reducirse sensiblemente si las autoridades sanitarias y el conjunto de los sistemas de salud dedicaran más esfuerzos a garantizar que se llevan a cabo las pautas terapéuticas recomendadas.

Las fuentes de infección de bacilos extremadamente resistentes no dejarán de aumentar en ausencia de una decidida política de intervención que traduzca en medidas prácticas las prioridades sanitarias pertinentes. Los esfuerzos dedicados al control del díscolo y tal vez desorientado recién casado no parece que puedan tener un impacto apreciable en el control poblacional de este tipo de tuberculosis. Esperemos que al menos consiga restablecerse y sus familiares permanezcan indemnes.

# NOTICIES CAPS



## CARTA AL DIRECTOR DEL PERIÓDICO:

Pot induir a error tractar d'explicar fenòmens complexos d'una forma simplista. Analitzar la carència de professionals sanitaris a Catalunya, exigeix rigor i profunditat en l'anàlisi de les causes, i no atribucions ràpides de causalitat dirigides cap a les metgesses joves. Unes desafortunades declaracions del Sr Martinez, representant del Sindicat de Metges de Catalunya, en què criticant la decisió de prolongar la jornada laboral normal, no la de urgències, dels CAP fins a les deu de la nit, atribueix la resistència a acceptar aquest horari a que "el 60% dels metges de família són dones joves que volen arribar a casa quan els fills estan desperts" i per tant és "comprensible" que es busquin metges a Polònia, són un exemple d'una afirmació superficial que emmascara un problema complex i És ben cert que els actuals horaris de moltes professions fan difícil la conciliació de la vida familiar i personal, però és sorprenent que "veure als fills abans de que s'adormin" hagi de ser un problema només per les dones professionals, sense analitzar que el mateix problema tindran els metges barons, i els usuaris i sobretot les usuàries, que si no és per un problema urgent, no aniran a demanar assistència a últimes hores de la tarda. A banda de trobar solucions imaginatives als horaris de assistència sanitària que a ben segur pot ser un tema de debat i de proposta per els nous consells de participació en salut, no creiem que els desitjos de les metgesses joves de conciliar vida familiar i laboral siguin la causa de buscar metges a Polònia. Podria fer reflexionar a les autoritats acadèmiques, sanitàries, i als mateixos sindicats la gran vocació existent a Catalunya per la professió de la Medicina, amb 3.511 estudiants que tenen les notes més altes i planificar un bon pla de recursos humans, estimulants la formació de les especialitats més necessàries en el futur, aturant les jubilacions innecessàries. Tenint en compte també que els professionals sanitaris tenen dret a la participació en la organització de les seves condicions de

treball. És un dret de ciutadania a vegades oblidat per ells i elles mateixos.

Carme Valls-Llobet, Pilar Arrizabalaga. Albert Ferrís, Mercè Martí. Membres de l'associació Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS).

## IX SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS 2007 BARCELONA 26 DE OCTUBRE



### BARCELONA 26 DE OCTUBRE

LUGAR: Centre Cívic PATI LLIMONA. C/ Regomir, 3. Barcelona 08002

ORGANIZA: Programa "Mujer, Salud y Calidad de Vida" de CAPS ([www.caps.pagea.org](http://www.caps.pagea.org))

PATROCINA: Instituto de la Mujer.

INSCRIPCIONES: Margarita López Carrillo 93-4391779 [redcaps@pagea.org](mailto:redcaps@pagea.org)

### MESA 1: LA COLONIZACIÓN DEL CUERPO DE LAS MUJERES: LAS NUEVAS OFENSIVAS

*El objetivo de esta mesa no es tanto consensuar el rechazo a la expansión constante de la medicalización de la vida de las mujeres, en el que seguro que todas estamos bastante de acuerdo, como de precisar las consecuencias para la salud de cada una de las nuevas propuestas de intervención con que nos está abrumando la industria últimamente.*

### MESA 2: SUFRIMIENTO EMOCIONAL Y SALUD MENTAL DE LAS MUJERES: ALGUNOS ASPECTOS BÁSICOS PARA EMPEZAR A DEBATIR

*El objetivo de esta mesa es poner al alcance de las participantes que no son profesionales de la psicología elementos de la dimensión no biológica de las mujeres, es decir, de los rasgos que se pueden considerar característicos de la construcción subjetiva de la*



*feminidad y sus consecuencias para la salud psíquica y física de las mujeres, y reflexionar juntas sobre la mejor manera de abordar las demandas que las mujeres hacen a la sanidad*

## **CURSO DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN MUJERES**



Barcelona

**9-10 de noviembre de 2007**

CAPS C/ París 150. 08036

Organiza: **Programa "Mujer, Salud y Calidad de Vida" de CAPS ([www.caps.pangea.org](http://www.caps.pangea.org))**

Patrocina: **Instituto de la Mujer.**

Inscripciones: [Margarita López Carrillo](mailto:Margarita.López.Carrillo)

[redcaps@pangea.org](mailto:redcaps@pangea.org)

93-4391779

### **Justificación**

Todas las enfermedades endocrinas presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobretodo las relacionadas con patología autoinmune.

Desde el clásico estudio Whickham, en que se publicó una prevalencia de hipotiroidismo de 3,5% para hombres y 17,5% para mujeres, y a medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las

determinaciones hormonales se aprecia un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo clínico y subclínico en la población femenina. Sin embargo, aunque sean conocidos los síntomas del hipotiroidismo franco y su mejoría con el tratamiento con levotiroxina sódica, existe controversia en la eficacia e inocuidad del tratamiento del hipotiroidismo subclínico altamente prevalente en la población femenina (18 a 22% según estudios).

Además, algunos de los procesos autoinmunes interfieren con la función cerebral, produciendo síndromes depresivos por deficiencia de neurotransmisores. ¿Cuántas mujeres cansadas y tristes, tratadas con antidepresivos padecen en realidad una hipofunción tiroidea invisible y no tratada?

### **Metodología:**

El curso consta de dos sesiones de 8 y 4 horas respectivamente (un día y medio) concentradas en un viernes y sábado para que las desplazadas de fuera no tengan que hacer más que un viaje. Con la participación de al menos diez personas (médicas de familia, epidemiólogas, especialistas...) de distintas comunidades y un máximo de 25.

# INFOS RED-CAPS

A la RedCAPS, de manera virtual estem enviant periòdicament una sèrie d'informacions, de les quals us posem la referència sense les resums

## INFO RED-CAPS 1

---

### LA VITAMINA D: UNA ALIADA PARA PREVENIR Y PROMOCIONAR NUESTRA SALUD

- Lin J, Manson JE, Lee IM, Cook NR, Buring JE, Zhang SM. Intakes of calcium and vitamin d and breast cancer risk in women. Arch Intern Med. 2007 May 28;167(10):1050-9.

#### Comentario de Carme Valls

En 1996, ya publiqué en el libro *Vitamina D y Salud que la Vitamina D (1)* podía ser un potencial anticancerígeno de los tumores de los epitelios (mama, colon, próstata, etc), dado que colabora en la diferenciación celular y en la respuesta inmunológica del organismo.

Siguiendo la explotación de los datos del estudio epidemiológico *Women's Health Study*, se ha podido comprobar que la ingesta alta de calcio y vitamina d se asocia con un riesgo menos de desarrollar cáncer de mama en mujeres antes de la menopausia. En estudios anteriores (Garlan y Garlan 1991 (2)) ya habían demostrado una mayor incidencia de cáncer de mama en Chicago que en California (por la mayor exposición solar). Sin embargo en las mujeres postmenopáusicas el efecto no ha sido significativo.

## INFO RED-CAPS 2

---

### DIABETES E INTOLERANCIA A LA GLUCOSA: PRIMER FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS MUJERES.

- Gregg EW, Gu Q, Cheng YJ, Narayan KM, Cowie CC. Mortality Trends in Men and Women with Diabetes, 1971-2000. Ann

Intern Med. 2007 Jun 18; [Epub ahead of print]

- Barr EL, Zimmet PZ, Welborn TA, Jolley D, Magliano DJ, Dunstan DW, Cameron AJ, Dwyer T, Taylor HR, Tonkin AM,
- Wong TY, McNeil J, Shaw JE. Risk of Cardiovascular and All-Cause Mortality in
- Individuals With Diabetes Mellitus, Impaired Fasting Glucose, and Impaired
- Glucose Tolerance. The Australian Diabetes, Obesity, and Lifestyle Study (AusDiab). Circulation. 2007 Jun 18; [Epub ahead of print]
- Wenger NK. Heightened Cardiovascular Risk in Diabetic Women: Can the Tide Be Turned? Ann Intern Med. 2007 Jun 18; [Epub ahead of print]

---

#### Comentario de Carme Valls

Os comentamos tres artículos a punto de salir, fruto de estudios epidemiológicos. En el caso de Gregg et al., el estudio abarca del año 1971 al 2000. Señalan los autores que se ha progresado en estos veinte años en la disminución de la mortalidad entre hombres diabéticos, 18,2 puntos anuales por cada 1000 personas, pero que esta progresión no se ha visto entre mujeres, que han doblado la mortalidad entre diabéticas y no diabéticas (de 8,3 a 18,2 muertes anuales por cada 1000 personas). Los autores señalan que la diabetes continua incrementando el riesgo de mortalidad, en particular entre las mujeres y que los progresos en reducir la mortalidad sólo se han efectuado entre hombres. La editorial de Nanette Wenger señala que existen desigualdades de género en el momento de tratar la enfermedad cardiaca en mujeres con diabetes, y que deberíamos diseñar unos protocolos más directos para detectar, y gestionar la diabetes de las mujeres.

Pero no sólo las mujeres diabéticas tienen un factor de riesgo, sino que las mujeres que presentan una intolerancia a la glucosa, detectada por discretos incrementos de los niveles de glucosa en ayunas, o después de las comidas, tienen un riesgo aumentado de padecer enfermedad cardiovascular, con OR que oscilan entre 1,6, (1,0-2,4) en las mujeres con glucosa aumentada en ayunas. El estudio realizado en

Australia, señala la necesidad de hacer una acción en la población que presenta alteraciones en el metabolismo de la glucosa, como medio para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

La guía para prevención de las enfermedades cardiovasculares por primera vez dirigida a mujeres, ya señala la diabetes como el primer factor de riesgo diferencial a prevenir.

Solo quiero recordar que la obesidad del alto abdomen, con la pérdida de cintura, es un factor de riesgo para la intolerancia a la glucosa, la enfermedad cardiovascular y el cáncer de mama. Por ello debemos hacer especial hincapié en esta prevención. El índice cintura-cadera debe estar situado igual o por debajo de 0,85.

---

### RED-CAPS 3

---

#### GUIA PARA IDENTIFICAR SÍNTOMAS DE CÁNCER DE OVARIO

- [No authors listed]. An experiment in earlier detection of ovarian cancer. *Lancet*. 2007 Jun 23;369(9579):2051
- Denise Grady. Symptoms Found for Early Check on Ovary Cancer. *The New York Times*. June 13, 2007

---

#### Comentario de Carme Valls

La American cancer Society junto con The Society Gynecologic Oncologists y The Gynecologic Cancer Foundation, han publicado (25 de junio) unas recomendaciones para la detección del cáncer de ovario.

El cáncer de ovario ha sido denominado el "asesino silencioso, porque los síntomas no se podían detectar hasta que las posibilidades de curación eran escasas. Sin embargo recientes estudios han permitido detectar unos síntomas que son más frecuentes que ocurran entre mujeres con cáncer de ovario que entre la población en general.

Estos síntomas son:

- Hinchazón (Bloating).
- Dolor pélvico o abdominal.
- Pérdida de apetito o sentirse llena rápidamente.
- Síntomas urinarios (más frecuencia y micción imperiosa).

Las mujeres que presenten estos síntomas diariamente durante un período de unas semanas deben consultar con su médico, y preferiblemente su ginecólogo/a. Un diagnóstico precoz puede mejorar mucho el pronóstico de este cáncer que tiene tan alta mortalidad. Otros síntomas como cansancio, indigestión, dolor de espalda, dolor en las relaciones sexuales, estreñimiento y menstruaciones irregulares, descritos en mujeres con cáncer de ovario, no sirven para identificarlo porque se encuentran con igual frecuencia entre las mujeres de la población general que no lo tienen.

---

### INFO RED-CAPS 4

---

#### LA INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA NO MEJORA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA EN EE.UU.

- Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States. Linder JA et al. *Arch Intern Med*. 2007;167:1400-1405.

---

#### Comentario de Carme Valls

Aunque se había propuesto que las historias clínicas informatizadas podrían mejorar la calidad de la asistencia, esta afirmación no se basaba en la evidencia científica. Ahora se ha publicado el resultado de una encuesta, la encuesta de Asistencia Médica Ambulatoria Nacional, realizada en EE UU de 2003 – 2004. Se valoraron 17 indicadores de calidad asistencial.

La historia clínica informatizada sólo se aplicaba en un 18 % de los centros. En 14 de los 17 indicadores de calidad, no existían diferencias entre la asistencia médica habitual.

Frente a la historia clínica electrónica; estos indicadores incluían la prescripción común de antibióticos, consejos preventivos, tests preventivos, y evitar medicación inapropiada hacia las personas mayores. Para dos indicadores de calidad, evitar uso de benzodiazepinas, y evitar análisis de orina rutinarios existía una ligera mejor calidad entre los que utilizan historia clínica informatizada. Para un indicador, como la prescripción de estatinas en la hipercolesterolemia, los resultados eran

peores entre los que estaban informatizados. La conclusión es que la informatización de la historia clínica no mejora la calidad de los indicadores de asistencia ambulatoria en general.

Comentario de editorial CAPS:

Añadimos que la informatización todavía no ha resuelto la confidencialidad de los datos de la historia clínica, y que ha existido médicos separados de su actividad en primaria en España, por no aceptar pasar los datos que les habían confiado sus pacientes. En cambio se había planteado como una gran mejoría para la actividad profesional, pero desconocemos en que evidencias científicas se está basando esta costosa política, que limita el tiempo en que el profesional puede mirar los ojos del paciente o observar su postura y su lenguaje no verbal.

---

## INFO RED-CAPS 5

---

### **LOS TRIGLICERIDOS MEDIDOS DE 2 A 4 HORAS DESPUES DE LA COMIDA PRINCIPAL, SON UN INDICADOR DE FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD CARDIOVASCULAR, SOBRE TODO EN MUJERES**

- Bansal S, Buring JE, Rifai N, Mora S, Sacks FM, Ridker PM. Fasting compared with nonfasting triglycerides and risk of cardiovascular events in women. JAMA. 2007 Jul 18;298(3):309-16.
- Nordestgaard BG, Benn M, Schnohr P, Tybjaerg-Hansen A. Nonfasting triglycerides and risk of myocardial infarction, ischemic heart disease, and death in men and women. JAMA. 2007 Jul 18;298(3):299-308.

## Comentario de Carme Valls

Dos estudios epidemiológicos, uno realizado en Copenhague entre hombres y mujeres, y un segundo estudio que proviene del Women's Health Initiative, ha demostrado que, aunque hasta la fecha, para observar el nivel de lípidos en los análisis de sangre, éstos se realizaban en ayunas, es mejor indicador de riesgo cardiovascular la determinación postpandrial.

Los niveles de triglicéridos elevados por encima de 400 mgrs de dos a 4 horas después de la comida principal, se han asociado como factor de riesgo de padecer infarto de miocardio y accidentes cardiovasculares, y de mortalidad de dichos accidentes, sobre todo en mujeres. Los niveles de triglicéridos en ayunas, eran una variable independiente que no mostraba ninguna relación con la mortalidad. Recordemos que la guía de prevención de riesgos cardiovasculares diferenciada para mujeres, que publicó la AHA, en el mes de Febrero de este año, ya señalaba los triglicéridos en ayunas como un factor de riesgo cardiovascular. Pero lo que demuestran estos dos estudios, es que el riesgo de mortalidad depende los niveles de triglicéridos postpandrial, parámetro que no es habitual en los protocolos de prevención y screening hasta la fecha.

