



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ITINERARIO 2. ALREDEDOR DEL MEDICAMENTO

Mesa: Aspectos éticos de la prescripción inducida

Moderador:

Rogelio Altisent Trota

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Tutor docente en el CS Universitario Actur Sur, Zaragoza, España. Director del Máster de Ética Médica OMC-FOM. Grupo de Trabajo semFYC de Bioética

Ponentes y contenido:

Abel Novoa Jurado

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Alguazas, Murcia, España. Miembro del GdT Bioética de la semFYC

Eduardo Eugenio Puerta del Castillo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San Isidro-El Chorrillo, El Rosario, Tenerife, España. UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife Zona Sur. Coordinador Docente del Programa de Formación de Bioética de la Unidad Docente Multiprofesional de Medicina Familiar de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del GdT Bioética de la semFYC

Marisa Rubio Montañés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Montilivi, ABS Girona 3, Girona, España. Grup d'Ètica de la CAMFiC. Responsable del Programa Teórico del Área de Bioética en la UD de MFyC de Girona. Coordinadora del módulo de ética del "Máster i Diplomatura en Atenció Primària de Salut". Miembro del GdT Bioética de la semFYC

Resumen

La prescripción es algo más que firmar una receta. En atención primaria, el acto médico de la prescripción ha experimentado una devaluación social de sus auténticos significados ético, deontológico y legal que, sin embargo, siguen plenamente vigentes, así como su correspondiente responsabilidad profesional. Hemos asistido prácticamente impasibles a una serie de presiones y tensiones que pueden afectar a la calidad de nuestras prescripciones, lo cual genera un perceptible malestar, en la medida en que suponen una amenaza a la integridad moral de los médicos de familia. De este modo, la prescripción suscita dilemas éticos frecuentes que a menudo se digieren en silencio, aunque no de manera indolora, en el modo de afrontar la repetición de prescripciones de otros especialistas o las peticiones inadecuadas de los pacientes; la conducta ante los incentivos de la Administración, la influencia de la industria y su implicación en la formación continuada; la creciente presión social de la publicidad directa y de los medios de comunicación, etc. Ante estas situaciones, los hábitos de prescripción en atención primaria implican una determinada actitud ética personal en cada profesional, que se traduce a su vez en un grado de maduración moral en esta cuestión. La relación entre colegas, la resolución de los conflictos de interés y la salvaguarda de la confianza en la relación clínica son algunas claves en la ética de la prescripción que conforman un escenario que probablemente debería reformarse y que requiere un debate profesional y social.

Introducción

Rogelio Altisent Trota

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Tutor docente en el CS Universitario Actur Sur, Zaragoza, España. Director del Máster de Ética Médica OMC-FOM. Grupo de Trabajo semFYC de Bioética

La prescripción es algo más que firmar una receta. En atención primaria, el acto médico de la prescripción ha experimentado una devaluación social de sus auténticos significados ético, deontológico y legal que, sin embargo, siguen plenamente vigentes, así como su correspondiente responsabilidad profesional. Hemos asistido prácticamente impasibles a una serie de presiones y tensiones que pueden afectar a la calidad de nuestras prescripciones, lo cual genera un perceptible malestar, en la medida en que suponen una amenaza a la integridad moral de los médicos de familia. De este modo, la prescripción suscita dilemas éticos frecuentes que a menudo se digieren en silencio, aunque no de manera indolora, en el modo de afrontar la repetición de prescripciones de otros especialistas o las peticiones inadecuadas de los pacientes; la conducta ante los incentivos de la Administración, la influencia de la industria y su implicación en la formación continuada; la creciente presión social de la publicidad directa y de los medios de comunicación, etc. Ante estas situaciones, los hábitos de prescripción en atención primaria implican una determinada actitud ética personal en cada profesional, que se traduce a su vez en un grado de maduración moral en esta cuestión. La relación entre colegas, la resolución de los conflictos de interés y la salvaguarda de la confianza en la relación clínica son algunas claves en la ética de la prescripción que conforman un escenario que probablemente debería reformarse y que requiere un debate profesional y social.

La prescripción *abducida*

Abel Novoa Jurado

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Alguazas, Murcia, España. Miembro del GdT Bioética de la semFYC

La prescripción inducida (PI) se ha definido como, “aquella propuesta por alguien diferente al médico que extiende la receta”¹. En un reciente editorial los autores se planteaban 3 grandes categorías de problemas éticos relacionados con la PI: conflictos con los usuarios; con el sistema, y/o con el médico prescriptor. Este enfoque categoriza la PI casi exclusivamente como un problema de conflictividad entre

profesionales que, a su vez, genera sobrecarga burocrática y dificultades con los usuarios. El enfoque del conflicto profesional y sus derivadas es claramente insuficiente ya que, en gran medida, la sobrecarga burocrática de la PI desaparecerá mediante mínimas reformas administrativas que dejen de vincular la receta con el descuento del precio². Además hemos de asumir que gran parte de la PI es una consecuencia de la excesiva fragmentación de la atención sanitaria (excesivas derivaciones desde AP³ y excesivas autocitas o derivaciones en la atención hospitalaria). Sí me parece más productivo el enfoque de la PI como una autolimitación intradisciplinaria⁴ que impide la gestión activa del perfil farmacológico de los pacientes⁵ por parte de su *agente de salud*, el médico de familia. La pregunta sería, ¿hemos de preocuparnos por la medicación que están tomando los pacientes? Parece que sí, y urgentemente. Estamos inmersos en un proceso desproporcionado de “medicamentización”⁶ que está teniendo consecuencias graves en términos de seguridad, calidad asistencial⁷⁻⁹ y eficiencia. La abducción es definida por la Real Academia de la Lengua, en una de sus acepciones, como “supuesto secuestro de seres humanos, llevado a cabo por criaturas extraterrestres, con objeto de someterlos a experimentos diversos en el interior de sus naves espaciales”¹⁰. Pues bien, la prescripción médica efectivamente ha sido secuestrada por agentes externos (hasta ahora pensábamos erróneamente que la industria farmacéutica [IF] compartía nuestros fines)^{11,12} para conseguir sus objetivos: en este caso, la “farmacologización” de la clínica con el fin de seguir obteniendo, en primera instancia, sus descomunales beneficios¹³. Para conseguir estos objetivos, la IF utiliza distintas estrategias, todas ellas confluentes.

La primera es venderse —*estrategia de imagen*— como un sector altamente productivo, que desarrolla medicamentos muy innovadores, tras una importantísima inversión económica¹⁴. El coste de los nuevos medicamentos ha sido un tema muy discutido^{15,16}; los cálculos más independientes estiman que es sensiblemente inferior (¡18 veces menos!) a las cifras que da la IF¹⁷. Su capacidad de innovación también está en entredicho¹⁸. Sin embargo, el crecimiento de las prescripciones se produce fundamentalmente en los medicamentos menos innovadores¹⁹. La capacidad de la IF para vender productos más caros pero no mejores que los más antiguos se basa en su gigantesca inversión en *marketing*. En contra de lo que dice la IF, sus gastos en promoción de medicamentos son el doble de lo dedicado a I+D (el 25 frente al 12%)²⁰. Esta descomunal inversión en publicidad se dedica, en gran medida, a intentar influir en las decisiones de los médicos —*estrategia promocional*— mediante diversas formas²¹⁻²⁵ que van desde la visita médica al pago por protocolos de investigación, charlas, regalos, material docente o la propia formación médica continuada. Más de la mitad de los médicos aceptan que estas relaciones influyen en sus prescripciones²⁶, algo demostrado empíricamente²⁷. La propia IF reconoce que la visita médica es altamente rentable en España, asignándole más de un 50% de la responsabilidad de las ventas de los nuevos lanzamientos²⁸. Por si esta “abductora” intensidad promocional no fuera suficiente, en los últimos años se han señalado distintas vías que conforman la tercera *estrategia de manipulación de la evidencia*. Se pueden enumerar: la modificación de los dinteles diagnósticos²⁹, el sobrediagnóstico³⁰; la exageración e invención de nuevas enfermedades^{31,32}; la influencia en la elaboración

de consensos³³ y guías de práctica clínica³⁴; la contratación de escritores profesionales o *ghostwriting* para la elaboración de artículos científicos^{35,36}; la ocultación de datos de los ensayos clínicos con resultados no favorables³⁷ (también llamado “sesgo de publicación”)^{38,39}, o, directamente, la manipulación de las bases de datos de los ensayos clínicos para acomodar las publicaciones a los objetivos de ventas⁴⁰. En esta estrategia de manipulación de la evidencia, las revistas científicas se han convertido en una herramienta más de promoción de la IF⁴¹. Desde mi punto de vista, en el sentido que analizamos en la primera parte, la PI es un problema menor comparado con la prescripción abducida. La epidemia de “medicamentalización” de la clínica tiene en la IF a su máxima inductora. Los médicos hemos de proteger a los pacientes de sus consecuencias recuperando la independencia de criterio⁴² y exigiendo a los legisladores la instauración de mecanismos de defensa —legales, organizativos y profesionales— ante tan necesario como poco fiable y poderoso interlocutor. Si limitamos el debate acerca de la PI a un conflicto entre profesionales, estamos olvidando asuntos realmente relevantes como: la seguridad de los pacientes; la objetividad de nuestras decisiones; la confianza de la sociedad en los profesionales de la salud, y la integridad de la medicina clínica y la investigación científica. Ni lamentos, ni egos: cuidado compartido y, siempre, prescripción prudente⁴³ con el interés del paciente y la sociedad por encima de otros.

Bibliografía

- Álvarez Montero. Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética. *Aten Primaria*. 2012;44:62-4.
- Peiró S, Sanfelix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist*. 2010;25:315-17.
- Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. *Gest Clin Sanit*. 2008;10:84-8.
- Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: SpringerHealthcare Ibérica; 2012.
- Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC*. 2000;7; 323-8.
- Healy D. *Pharmageddon*. Berkeley: University of California Press; 2012.
- Sanfeliix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: Ortún V, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2011.
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A. Polimedición y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. *Plasencia: Polimedizado Labs*; 2011. Disponible en: <http://www.polimedizado.com/noticia.php?id=9>
- Chen J, Vargas-Bustamante A. Treatment compliance under physician-industry relationship: a framework of health-care coordination in the USA. *Int J Qual Health Care*. 2013. doi: 10.1093/intqhc/mzt017
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Abducción [consultado el 13 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=abducci%C3%B3n>
- House of Commons Health Committee. *The influence of the pharmaceutical industry*. Fourth report of session, 2004-2005. London: The Stationery Office Limited; 2005.
- Smith R. Curbing the influence of the drug industry: a British view. *PLoS Med*. 2005;2:e241.
- Corporate influence over clinical research: considering the alternatives *Prescrire Int*. 2012;21:191-4.
- DiMasi JA, Hansen RW, Grabowski HG. The price of innovation: new estimates of drug development costs. *J Health Econ*. 2003;22:151-85.
- Angell M. *The truth about the drug companies*. New York: Random House; 2005. Traducción al español disponible en: <http://es.scribd.com/doc/17681222/la-verdad-acerca-de-la-industria-farmaceutica-marcia-angell>
- Gozner M. *The \$800 million pill: the truth behind the cost of new drugs*. Berkeley: University of California Press; 2004.
- Light DW, Warburton R. Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. *BioSocieties*. 2011;6:34-50.
- New drugs and indications in 2011. France is better focused on patients' interests after the Mediator scandal, but stagnation elsewhere. *Prescrire Int*. 2012;21:106-10.
- Morgan SG, Bassett KL, Wright JM, Evans RG, Barer ML, Caetano PA, et al. “Breakthrough” drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. *BMJ*. 2005;331:815-6.
- Gagnon MA, Lexchin J. The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Med*. 2008 3;5:e1.
- Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA*. 2003;290:252-5.
- Steinman MA, Bero LA, Chren MM, Landefeld CS. Narrative review: the promotion of gabapentin: an analysis of internal industry documents. *Ann Intern Med*. 2006;145:284-93.
- Fugh-Berman A, Ahari S. Following the script: how drug reps make friends and influence doctors. *PLoS Med*. 2007;4:e150.
- Lobo E, Rabanaque MJ, Carrera P, Abad JM, Moliner J. Relationship between physician and industry in Aragon (Spain). *Gac Sanit*. 2012;26:336-42.
- Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med*. 2007;356:1742-50.
- Galan Herrera S, Delgado Marroquín MT, Altisent Trota R. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*. 2004;34:231-47.
- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000;283:373-80.
- Estudio de lanzamientos excelentes de IMS Health. El destino de los fármacos viene determinado durante su nacimiento comercial [consultado el 13 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.pmfarma.es/articulos/729-estudio-de-lanzamientos-excelentes-de-ims-health.-el-destino-de-los-farmacos-viene-determinado-durante-su-nacimiento-comercial.html>
- Schwartz LM, Woloshin S. Changing disease definitions: implications for disease prevalence. Analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Eff Clin Pract*. 1999;2:76-85.
- Welch G, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in pursuit of health*. Boston: Beacon Press; 2011.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease-mongering. *BMJ*. 2002;324:886-91.
- Gervas J, Pérez Fernández M. *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Los libros del lince; 2013.
- Sheldon TA, Smith GD. Consensus conferences as drug promotion. *Lancet*. 1993;341:499.
- Choudhry NK, Stelfox H, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287:612-7.
- Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Chan AW. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. *PLoS Med*. 2007;4:e19.

36. Fugh-Berman AJ. The haunting of medical journals: how ghostwriting sold “HRT”. *PLoS Med.* 2010;7:e1000335.
37. Bourgeois FT, Murthy S, Mandl KD. Reporting among drug trials registered in ClinicalTrials.gov. *Ann Intern Med.* 2010;153:158-66.
38. Eyding D, Lelgemann M, Grouven U, Härter M, Kromp M, Kaiser T, et al. Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials. *BMJ.* 2010;341:c4737.
39. Jefferson T, Jones M, Doshi P, Del Mar C. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009;339:b5106.
40. Vedula SS, Li T, Dickersin K. Differences in reporting of analyses in internal company documents versus published trial reports: comparisons in industry-sponsored trials in off-label uses of gabapentin. *PLoS Med.* 2013;10:e1001378.
41. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med.* 2005;2:e138.
42. Katz D, Caplan AL, Merz JF. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. *Am J Bioeth.* 2003;3:39-46.
43. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med.* 2011;171:1433-40.

Me han dicho que es bueno, doctor... ¿Estamos de acuerdo?

Eduardo Eugenio Puerta del Castillo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San Isidro-El Chorrillo, El Rosario, Tenerife, España. UD de MFyC de Santa Cruz de Tenerife Zona Sur. Coordinador Docente del Programa de Formación de Bioética de la Unidad Docente Multiprofesional de Medicina Familiar de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del GdT Bioética de la semFYC

Clásicamente, el médico de atención primaria es considerado un mero firmante de “vales de descuento” por parte de los contribuyentes del sistema sanitario, y muchos de nuestros compañeros de otras especialidades nos ven con ésta exclusiva funcionalidad.

El principal escollo en el control del gasto es el origen de la prescripción cuando esta es inducida (servicios de urgencias, otros especialistas, médicos privados, residencias geriátricas, centros de drogodependencias) o, incluso, por el propio paciente.

Otro de los puntos que hay que tener en cuenta es la aceptación de transcribir la recomendación realizada por otro médico —incluso sin llegar a compartir su decisión— pero nuestro sistema te “induce” a realizarlo, ya que uno de nuestros actos clásicos es el de repetirlas a los pacientes crónicos, y además se remiten a los pacientes para que se

las realicemos, y si les negamos esta prestación, nuestras respectivas direcciones dan la razón al paciente/cliente¹.

El medicamento no es un bien de consumo y los profesionales sanitarios debemos ser conscientes de que el acto de prescribir es un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva, para conseguir una prescripción racional y de calidad.

Para todo este proceso, entre las cualidades del médico de familia deben constar:

- Conocimientos profesionales en el campo de farmacología: fundamentalmente sus reacciones adversas más comunes, sus contraindicaciones e interacciones.
- Comparar moléculas alternativas y control del gasto indirecto (justicia equitativa).
- Confianza en la relación con nuestros pacientes (entrevista clínica).
- Garantizar el cuidado del paciente, sin dañarlo.

La principal medida para controlar la inducción de la prescripción sería que cada profesional se encargara de realizar sus propias recetas y de asumir sus consecuencias. Este punto es verdaderamente complicado, fundamentalmente con los tratamientos hospitalarios o de los centros de atención especializada, y, dentro del modelo de atención de algunas comunidades, en los centros con conciertos, donde los pacientes son atendidos para, una vez puesto el tratamiento y cerrados los procesos, derivarlos al sistema público. Además en sistemas concertados como los de gestión privada, la prescripción la asume el sistema de salud público y observamos que la toma de decisiones terapéuticas con criterios de ahorro no existe, teniendo posteriormente que “luchar” con el paciente para conseguir realizar cambios con estos criterios^{2,3}.

1. En Canarias tenemos el modelo de receta electrónica (RE) con extensión de tratamiento para 3 meses solo para atención primaria. La RE es un buen modelo para el control de la prescripción y del gasto, ya que el sistema nos indica el coste del fármaco, ofrece información sobre fármacos del mismo nivel con costes inferiores (sugiere principios activos o genéricos de coste inferior) e incluso sugerencias de moléculas básicas respecto a la prescrita de eficacia similar. Este sistema estaría bien si los especialistas de otras áreas usaran el mismo sistema y justificaran sus prácticas clínicas. El gran riesgo es convertir el acto de prescribir en un acto burocrático, repetir por repetir, con el riesgo de no revisar los fármacos, de añadir fármaco más fármaco, de polimediar, de añadir efectos adversos, etc.
2. Las recetas visadas no son más que un control del gasto de determinados fármacos que se considera que solo deben ser administrados a determinados pacientes que reúnan unos criterios de inclusión cerrados, y que solo lo deciden especialistas diferentes a los médicos de familia. Estos deben realizar un documento donde indican el fármaco y los criterios que cumple el paciente para prescribirlo, remitirlo a inspección y que esta lo autorice. A pesar de todo este proceso, la receta sale con nuestra firma, es inducida.
3. Intentar establecer criterios razonados entre todos los niveles —evitando el uso de fármacos de nueva gene-

ración de manera innecesaria, reduciendo la lista de espera, acelerando la atención del paciente, y, en fin, buscando una atención de calidad— ha sido la búsqueda del Servicio Canario de Salud con las consultas virtuales de algunas especialidades que permiten establecer una consulta a modo de correo electrónico con especialistas de otras áreas (neurología, endocrinología, alergología, nefrología, etc.) con respuesta en 1 semana de la patología, pudiendo citarlo en su consulta con criterios de mayor celeridad, dando consejos de atención y tratamiento, o apoyando nuestra terapia. Con esto evitamos la inducción de tratamientos y trabajamos con criterios unificados. Otras en desarrollo: unidad del dolor y cuidados paliativos.

4. En su origen, en el catálogo, el gran enemigo es la industria farmacéutica, que siempre argumenta que parte del dinero que da al Ministerio de Sanidad es para I+D, aunque hoy en día —con las políticas de recortes de nuestro actual gobierno— este argumento se puede rechazar, ya que las políticas de I+D no interesan.

Si vamos al origen, en nuestro catálogo de especialidades farmacéuticas podemos hacer un verdadero recorte de fármacos “inútiles” que no sirven y que, por tanto, su financiación no debería existir.

El recorte realizado por el actual gobierno de 417 fármacos no fue consensado con los profesionales sanitarios y la gran mayoría podían desaparecer del catálogo de la financiación, otros son controvertidos. Esta medida, además de ser coste-efectiva, reduciría la prescripción inducida, ya que —al recortar la variedad y mientras prevalezcan los criterios de coste-efectividad y reducción de gastos— las coincidencias serán mayores.

5. Una segunda solución, ya referida, es que cada uno asuma su prescripción; es decir, que la especialidad asuma sus recetas. Para este fin deberemos reducir la burocracia, facilitando que entre en el modelo de la RE y que por tanto no tengan excusas para prescribir los fármacos de las altas hospitalarias y de las consultas externas. Además deberán generar un sistema óptimo con la RE para tratamientos crónicos o de larga duración para poder verlos en las revisiones, y en ellas repetir los fármacos sin necesidad de ser los médicos de familia sus prescriptores, por lo menos en los primeros años del tratamiento.

No debemos dejar de estar actualizados y todos debemos intentar utilizar un lenguaje común, usando el principio activo, así como interconectar los niveles de sanidad, algo muy difícil⁴.

Bibliografía

1. Martín Moreno S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:299-306.
2. Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. *Med clin (Barc)*. 2001;117:662-75.
3. Moya Bernal, A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35:57-63.
4. Córdoba García, R. Ética de la prescripción. Unidad 6. Curso Online de Ética Clínica en Atención Primaria. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza.

Medicación inducida, un análisis ético

Marisa Rubio Montañés

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Montilivi, ABS Girona 3, Girona, España. Grup d'Ètica de la CAMFiC. Responsable del Programa Teórico del Àrea de Bioètica en la UD de MFyC de Girona. Coordinadora del mòdulo de ètica del "Màster i Diplomatura en Atenció Primària de Salut". Miembro del GdT Bioètica de la semFYC

Don José acude a la consulta para “hacer unas recetas”. El traumatólogo le ha indicado un tratamiento con glucosamina por una gonalgia mecánica. José no trae informe ni consta ninguna nota en la historia clínica compartida. El Dr. Melindres piensa “vaya con los traumatólogos, como se nota que los laboratorios se los llevan de congreso”. Y le explica a Don José que no puede hacerle la recta porque la institución le castiga por prescribir este tipo de medicamentos. Don José no entiende nada, ¿pero, no tiene que hacer caso del especialista su médico de cabecera?

Con frecuencia las consultas médicas finalizan con la prescripción de un fármaco. La prescripción es un acto médico que comporta una responsabilidad profesional con una dimensión legal, deontológica, moral y técnica.

La dimensión legal nos advierte de que solo el médico tiene la capacidad jurídica para dispensar recetas médicas y que estas deben circunscribirse a las indicaciones aprobadas para cada fármaco. El uso para indicaciones distintas debe realizarse por el cauce de la prescripción de uso compasivo. Realizar una prescripción propuesta por un compañero comporta asumir la responsabilidad íntegra sobre ella. Es una exigencia responder a la confianza que la sociedad deposita en nosotros sobre nuestra capacidad técnica para saber elegir entre todas las posibilidades terapéuticas las que mejor se adaptan a la circunstancia concreta del paciente. El juicio técnico incluye aspectos que afectan únicamente a la persona que seguirá el plan terapéutico y otros que se relacionan con el paciente como parte de una comunidad. Ambos juicios afectan a todos los profesionales de la medicina, aunque las organizaciones sanitarias hayan marcado políticas de adiestramiento en la prescripción prudente y sostenible de forma casi exclusiva en atención primaria.

La deontología médica nos obliga a no utilizar procedimientos ni prescribir medicinas con las que no estamos debidamente familiarizados o que no disponen de suficientes pruebas científicas acerca de su eficacia. El principio deontológico de no interferencia nos exige el respeto por las pautas terapéuticas propuestas por un colega hospitalario; sin embargo, cuando la única información es una receta, la incompreensión sobre los planes de cuidado es casi inevitable. La argumentación de las decisiones terapéuticas es una cuestión tanto de respeto entre colegas como de lealtad hacia el paciente y es por su seguridad, para que tenga la calidad asistencial que espera y merece, que los profesionales deben mantenerse convenientemente informados y seguir pautas de actuación coordinadas.

La progresiva implantación de las historias clínicas en soporte informático hará mucho más fácil la posibilidad de acceder a los argumentos técnicos que sustentan las actuaciones de cada uno de los profesionales implicados en la asistencia del paciente. El artículo 19 del *Código de Deontología Médica* nos señala la importancia del rigor en la utilización de la información sanitaria y en la cumplimentación de la historia clínica.

Las diferencias de opinión en la implementación de las pautas de seguimientos son fuente de importantes conflictos entre colegas. En el artículo 38.3 del *Código de Deontología Médica* se nos conmina a tratar en privado las diferencias de opinión y si una conversación no soluciona el problema estamos obligados a buscar el ámbito adecuado para dirimir las diferencias. La crítica entre colegas, cuando se hace en público o en foros inadecuados, nos perjudica como colectivo, fomenta la desconfianza social, y en el caso de pacientes concretos les expone, innecesariamente, en la tesitura de tener que elegir entre 2 opiniones de un modo conflictivo. En este sentido, los colegios profesionales deberían constituir el marco para resolver conflictos, sean personales o colectivos, en un clima de confianza que facilite la deliberación sobre posibles vías de confluencia en la actuación profesional.

El análisis de la cuestión moral llama a una reflexión sobre la madurez de los profesionales sanitarios. En los últimos tiempos han surgido voces que alertan acerca de la influencia que el ejercicio en régimen de asalariado ha producido en los profesionales. Ignorar la influencia que en nuestra conducta profesional ejercen los regalos, viajes y otra prebendas ofrecidas “sin interés”, por la industria farmacéutica, acatar sin mayor reflexión las directrices sobre la prescripción que dan las instituciones sanitarias, acatar o rechazar sin más argumentos un plan terapéutico propuesto por un colega son actitudes más propias de niños que de profesionales.

Kohlberg sitúa en el estadio preconventional tanto las actitudes de obediencia y miedo al castigo (u obediencia y deseo de premio) como las de favorecer los propios intereses. Aplicado a la prescripción, un comportamiento preconventional sería tanto actuara por miedo a no cobrar un cierto incentivo económico a fin de año, como argumentar la disconformidad con una prescripción por obediencia a las normas establecidas por la organización, como actuar en función de su propio interés, sea de carácter financiero o de prestigio social.

En un nivel superior de madurez moral se sitúa el profesional que rige su actuación en función de las expectativas de los compañeros de equipo; este profesional regirá su perfil de prescripción por la actitud mayoritaria del centro en el que trabaja. Si el equipo decide que no se realizarán las prescripciones de los especialistas que no cumplan una serie de requisitos, se establecen unas normas de conducta que rigen la relación con la industria farmacéutica; o se adoptan una serie de medidas destinadas a homogeneizar la prescripción que adoptarán para ser aceptados en el grupo.

En un nivel postconvencional, propio de las personas moralmente adultas, se aceptan las normas morales generales que inspiran las normas, al tiempo que se reconoce la relatividad de dichas normas y los valores que las sustentan. Se asume la parte de consenso o contrato social que rige las

normas y se realiza una evaluación crítica de estas aplicadas a cada circunstancia concreta.

En el ámbito de la prescripción, la reflexión moral parte de unas cuestiones técnicas relacionadas con el principio de no maleficencia y con la *lex artis* (¿está indicado el fármaco?, ¿cuál es su seguridad?, ¿qué balance riesgo-beneficio tiene?, ¿qué balance coste-beneficio tiene?). Continúa con la consideración de la voluntad y creencias del paciente concreto y termina con la consideración del paciente como miembro de una sociedad a la que debemos dar cuenta de nuestras actuaciones (principio de justicia social).

Los valores de lealtad al paciente —entendida como la información clara y sincera de los problemas de salud, las opciones, los riesgos y beneficios previsibles y de la prudencia asumida como la actuación con información adecuada de acciones suficientemente probadas— deben orientar la reflexión crítica sobre la pertinencia, o no, de asumir una prescripción inducida.

Ceder a la responsabilidad de evaluar, desde los valores de la profesión y desde la argumentación racional de la prescripción, es colocarnos en una situación infantil que nos degrada como profesionales y nos coloca en el ámbito de trabajadores asalariados sin capacidad de reflexión moral.

Cada uno de nosotros nos construimos en la coherencia con una serie de valores que se nos inculcan, consciente e inconscientemente, desde nuestros primeros años como residentes y que marcan actitudes y comportamientos de los que se ha de dar cuenta. Ser un auténtico profesional es aceptar los diferentes condicionantes en la práctica clínica, saber identificarlos y detectar los conflictos de interés en la propia actuación. La madurez moral se demuestra en una práctica en la que se reconocen preferencias, dudas, lapsos de memoria, aversiones y opiniones adoptadas sin que ello signifique una suspensión del juicio moral.

El auténtico profesional, independientemente de su régimen de contratación, debe hacer gala de esta madurez si quiere mantener su especial situación de garante en una sociedad que cada vez se muestra más partidaria de la regulación normativa y legalista del ejercicio de la medicina.

Bibliografía recomendada

- Comisión Central de Deontología. Revisión de la Declaración sobre la libertad de prescripción del médico [monografía en Internet] 01/99. Disponible en: <http://www.comisiondeontologica.cgcom.es>
- Compromís del metge de família. Ètica a l'atenció primària: pensem-hi! Bloc del grup d'ètica de la societat catalana de medicina familiar i comunitària. Disponible en: <http://ecamfic.wordpress.com/compromis-del-metge-de-familia/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Código de Deontología Médica [consultado el 16 de marzo de 2010]. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011. Disponible en: <https://www.cgcom.es/deontologia>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la fundación Educación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006 [citado 13 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.educmed.net/sec/serMedico2006.pdf>
- Fundación Educación Médica (FEM), Pardell Alentà H. El médico del futuro [monografía en Internet, consultado el 20 de mayo de

- 2010]. Barcelona: Fundació Educació Mèdica; 2009. Disponible en: <http://www.educmed.net/sec/monografias.php>
- Grup d'ètica CAMFiC. Relacions dels metges de família amb l'indústria farmacèutica [monografia en internet]. Barcelona; 2002. Disponible en: <http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrellall/Arxius/Etica.aspx>
- Grup d'Ètica de la CAMFiC. Direcció per Objectius (DPO) [monografia en Internet, consultado el 16 de marzo 2013]. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2007. Disponible en: http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrellall/Docs/etica/etica_dpo.pdf
- Institut d'estudis de la salut. Generalitat de Catalunya. El futur de les professions sanitàries a Catalunya. Tendències i propostes [monografia en Internet, consultado el 16 de marzo de 2013]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, núm 280 de 22 de noviembre de 2003.
- Minifuld practice. La momia que habla [Blog Internet]. 2011. Disponible en: <http://lamomiaquehabla.blogspot.com.es/2011/02/mindful-practice.html>

Actualización: Mejoremos el protagonismo del médico de familia en el manejo de la patología urológica

Moderador:

Francisco Rafael Serrano Galán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Tomares, Sevilla, España. Coordinador del GdT Urología de la SAMFyC. Miembro del GdT Nefrourología de la semFYC

Ponentes y contenido:

Francisco Brotons Muntó

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Bóvila, Villarreal, Castellón, España. Coordinador del GdT Urología de la SVMFiC. Miembro del GdT Nefrourología de la semFYC

M. Isabel Gutiérrez Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Renedo de Esgueva, SACYL Valladolid Rural I, Valladolid, España. Coordinadora del GdT Urología de socalemFYC. Miembro del GdT Nefrourología de la semFYC

José María Molero García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San Andrés, SERMAS, Madrid, España. Coordinador del GdT Nefrourología de la semFYC. Miembro del GdT Urología de SoMaMFyC

Resumen

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado el incremento de determinado tipo de patología urológica, cuya incidencia se relaciona con la edad. En muchas ocasiones, este tipo de patologías no son expresadas por el paciente y, por eso, el médico de familia no detecta adecuadamente la enfermedad, con lo que se produce un infradiagnóstico. Esta situación facilita el aumento de la morbilidad y de las complicaciones importantes relacionadas con estas enfermedades, incrementando los costes añadidos del sistema sanitario. Además, suponen una importante limitación para el paciente ya que repercuten negativamente en su calidad de vida. En muchas ocasiones, el médico de familia no siempre ha demostrado estar sensibilizado con el manejo diagnóstico y terapéutico de estas patologías. El manejo clínico de la patología prostática, la incontinencia urinaria, las infecciones genitourinarias, el manejo de la disfunción sexual o la detección del cáncer urológico —entre otros problemas de salud urológicos prevalentes— debe ser liderado por el médico de familia que, a su vez, debe coordinarse adecuadamente con otros niveles asistenciales.

Recientemente se han publicado en España algunas guías de manejo clínico compartido con urología de algunas de estas patologías. Además, existen actualizaciones recientes de guías de práctica clínica y/o consensos internacionales y artículos científicos que facilitan a los médicos de familia la toma de decisiones para obtener el mejor manejo de las patologías urológicas más prevalentes.

Esta mesa pretende contribuir a la mejora de las aptitudes y las habilidades del médico de familia en la atención a los pacientes con alguna patología urológica, para mejorar la calidad asistencial proporcionada al paciente crónico y aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios, optimizando el uso de recursos sanitarios dedicados a estas enfermedades.

Mejoremos el protagonismo del médico de familia en el manejo de la patología urológica

Francisco Rafael Serrano Galán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Tomares, Sevilla, España. Coordinador del GdT Urología de la SAMFYC. Miembro del GdT de Nefrourología de la semFYC

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado el incremento de determinado tipo de patología urológica, cuya incidencia se relaciona con la edad. Suponen un porcentaje importante de los motivos de consulta en atención primaria tanto de varones como mujeres. Siendo las más frecuentes las derivadas de las infecciones urinarias con una afectación del 2,8% en los varones y del 9% en las mujeres a lo largo de su vida, suponiendo la segunda causa de utilización de antibióticos de forma empírica. Otros motivos de consulta muy prevalentes, que aunque no suponen riesgo vital para el paciente sí afectan de forma grave a su calidad de vida, son los derivados de la obstrucción prostática benigna (el 50% entre 50-60 años y el 80% en mayores de 70 años) la disfunción eréctil (el 12% entre 25-70 años) y la incontinencia urinaria que afecta al 20-40% de adultos entre 18 y 65 años según edad y sexo. En muchas ocasiones estas patologías no son bien expresadas por el paciente, con lo que se dificulta el manejo clínico por parte del médico de familia. El retraso diagnóstico, además de repercutir negativamente en la calidad de vida del paciente, aumenta la morbilidad y las complicaciones importantes relacionadas con estas enfermedades. En muchas de estas patologías, el médico de familia no siempre ha demostrado estar familiarizado con su manejo. El manejo clínico de la patología prostática, la incontinencia urinaria, las infecciones genitourinarias, la disfunción sexual o el cribado del cáncer urológico, entre otros

problemas de salud urológicos prevalentes, debe ser liderado por el médico de familia que a su vez debe coordinarse adecuadamente con otros niveles asistenciales.

El contenido de la Mesa será el que se expone en el cuadro a pie de página.

Novedades en el cribado del cáncer de próstata y diagnóstico precoz del cáncer de próstata

Francisco Brotons Muntó

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Bóvila, Villarreal, Castellón, España. Coordinador del GdT Urología de la SVMFiC. Miembro del GdT Nefrourología de la semFYC

Cribado del cáncer de próstata

El cáncer de próstata (CaP) es una de las causas más prevalentes de cáncer masculino en el mundo. Según datos estimados en el año 2008 para varones españoles, se considera la primera causa de cáncer y la tercera causa de muerte por cáncer¹.

El cribado del CaP mediante la determinación del antígeno prostático específico (PSA) pretende conseguir el diagnóstico precoz de la enfermedad en un estadio tratable y la consecuente reducción de su mortalidad. Sin embargo, el PSA es un marcador específico del tejido prostático pero no es específico para el cáncer. Los valores de PSA bajos no eliminan por completo el riesgo de padecer un CaP. Además del CaP existen otras enfermedades comunes (hiperplasia benigna de próstata [HBP], infecciones urinarias, etc.) que pueden aumentar las cifras de PSA.

Cuadro Mejoremos el protagonismo del médico de familia en el manejo de la patología urológica

Tema	Contenido
Novedades en el cribado del cáncer de próstata y diagnóstico precoz del cáncer de próstata	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoz de cáncer de próstata • Quimioprevención del cáncer de próstata con inhibidores de la 5-alfa-reductasa • Manejo del antígeno prostático específico en pacientes tratados con dutasteride
Actualización en patología prostática	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de antimuscarínicos en el tratamiento de tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior/hiperplasia benigna de próstata • Terapia combinada del tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior/ hiperplasia benigna de próstata: bloqueadores alfa/inhibidores de la 5-alfa-reductasa, bloqueadores alfa/antimuscarínicos • Estudios con inhibidores de 5-fosfodiesterasa en el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior/hiperplasia benigna de próstata con/sin disfunción eréctil
Actualización en la incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso español del manejo diagnóstico y terapéutico de la incontinencia urinaria
Actualización en patología infecciosa e inflamatoria de la vía genitourinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Resistencias <i>Escherichia coli</i> en nuestro medio. • Situación actual resistencia a betalactamasas de espectro extendido • Tratamiento de las infecciones del tracto urinario bajas

A pesar de que desde siempre el cribado del CaP ha estado rodeado de controversia, ha sido recomendado con frecuencia por instituciones y medios de comunicación y todavía es una demanda cotidiana de nuestros pacientes varones en la consulta y una solicitud analítica habitual en nuestra práctica clínica.

Durante los años noventa se iniciaron 2 estudios con el objetivo de evaluar los efectos del cribado del CaP con PSA sobre la mortalidad y aclarar las incógnitas. Sus resultados fueron publicados al mismo tiempo y en la misma publicación en el año 2009. Uno europeo, el ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer)², y otro americano, el PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial)³.

Del metaanálisis de estos estudios junto con otros^{4,5} se ha demostrado que aunque el cribado del CaP con el PSA aumenta el diagnóstico del CaP y lo hace en estadios más precoces, sin embargo no reduce la mortalidad específica ni la global. Solo el estudio ERSPC consiguió una disminución relativa del 21% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 31-8%) de la mortalidad específica por cáncer. Se debe realizar cribado del CaP a 1.055 varones en el rango de 55 a 69 años de edad para prevenir 1 muerte adicional por CaP durante un seguimiento medio de 11 años. Además, los riesgos asociados con el cribado son importantes y derivados del sobrediagnóstico y sobretratamiento. Entre ellos se incluyen las complicaciones de la biopsia prostática (infección, hemorragia, dolor) y del tratamiento quirúrgico y radioterápico (disfunción eréctil, incontinencia urinaria, aumento de la mortalidad).

Como consecuencia de estas evidencias la US Preventive Services Task Force publicó sus nuevas recomendaciones para el cribado del CaP⁶, en las que desaconsejan el cribado en varones mayores de 75 años y no lo recomiendan para los menores de esta edad. El grupo de expertos del PAPPs, en sus recomendaciones de prevención del cáncer⁷, indica que la determinación del PSA no debería recomendarse como prueba de cribado del CaP en población asintomática de riesgo medio (evidencia moderada, recomendación débil en contra).

Quimioprevención del cáncer de próstata con inhibidores de la 5-alfa-reductasa

Los fármacos inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5-ARI), finasteride y dutasteride, al bloquear el paso de testosterona a dehidrotestosterona, podrían ser útiles en la prevención del CaP.

El estudio REDUCE⁸ investigó si el tratamiento con dutasteride (0,5 mg/día) disminuye el riesgo de CaP detectado mediante biopsia prostática. Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego y enmascarado con placebo, en el que se aleatorizó a varones entre 50 y 75 años para recibir dutasteride o placebo durante 4 años. Los participantes presentaban unos valores de PSA entre 2,5-3 ng/ml y 10 ng/ml y una biopsia prostática negativa en los 6 meses previos. Las biopsias se repitieron de forma programada a los 2 y 4 años y se compararon los porcentajes de CaP detectados en cada rama.

Se incluyó a 6.729 varones. De los 3.305 varones asignados al grupo de dutasteride se diagnosticó CaP a 659 de ellos, comparados con 858 CaP entre los 3.424 varones del grupo placebo. La reducción del riesgo relativo con dutasteride fue del 22,8% (IC del 95%, 15,2-29,8%) durante los 4 años del estudio ($p < 0,001$). Sin embargo, entre los años 3 y 4 se

detectaron 12 tumores (Gleason 8-10) en el grupo de dutasteride, comparado con 1 solo tumor en el grupo placebo⁹.

Una revisión Cochrane publicada posteriormente concluía que la quimioprevención del CaP con 5-ARI reduce el riesgo de ser diagnosticado de CaP entre varones que han sido regularmente cribados para el CaP, aunque la información es inadecuada para valorar su efecto sobre la mortalidad específica por CaP o la mortalidad global¹⁰.

Manejo del antígeno prostático específico en pacientes tratados con dutasteride

Los pacientes tratados con dutasteride experimentan una reducción aproximada del 50% de los valores de PSA a los 6 meses de tratamiento. Esta reducción podría enmascarar el diagnóstico del CaP, especialmente los tumores de alto grado, si se utilizan los umbrales habituales de PSA para indicar la biopsia prostática.

En los varones tratados con dutasteride, los valores plasmáticos de PSA pueden seguir disminuyendo después de los primeros 6 meses. Hablamos de PSA nadir como el valor más bajo del PSA durante el tratamiento.

El manejo del PSA en pacientes tratados con dutasteride se debe realizar considerando que, a partir del sexto mes de tratamiento, cualquier aumento confirmado del PSA nadir debe ser considerado significativo. Con este enfoque en el manejo del PSA en varones tratados con dutasteride, se mantiene la capacidad de la monitorización del PSA para la detección del CaP y los CaP de alto grado¹¹.

Bibliografía

1. GLOBOCAN 2008. Estimated cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008 [consultado el 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009;360:1320-8.
3. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL III, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N. Engl. J. Med.* 2009;360:1310-9.
4. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010;341:c4543.
5. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1:CD004720.
6. Chou R, Crosswell JM, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Fu R, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;155:762-71.
7. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria.* 2012;44 Supl 1:23-35.
8. Andriole G, Bostwick D, Brawley O, Gomella L, Marberger M, Tindall D, et al; REDUCE Study Group. Chemoprevention of prostate cancer in men at high risk: rationale and design of the reduction by dutasteride of prostate cancer events (REDUCE) trial. *J Urol.* 2004;172:1314-7.
9. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, Gomella LG, Marberger M, Montorsi F, et al; REDUCE Study Group. Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med.* 2010;362:1192-202.

10. Wilt TJ, Macdonald R, Hagerty K, Schellhammer P, Tacklind J, Somerfield MR, et al. 5- α -Reductase inhibitors for prostate cancer chemoprevention: an updated Cochrane systematic review. *BJU Int.* 2010;106:1444-51.
11. Marberger M, Freedland SJ, Andriole GL, Emberton M, Pettaway C, Montorsi F, et al. Usefulness of prostate-specific antigen (PSA) rise as a marker of prostate cancer in men treated with dutasteride: lessons from the REDUCE study. *BJU Int.* 2011;109:1162-9.

Infecciones de la vía urinaria

M. Isabel Gutiérrez Pérez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Renedo de Esgueva, SACYL Valladolid Rural I, Valladolid, España. Coordinadora del GdT Urología de socalemFYC. Miembro del GdT Nefrourología de la semFYC

Las infecciones del tracto urinario (ITU), constituyen la segunda patología infecciosa más frecuentemente atendida en la consulta de atención primaria (AP).

Los cuadros de ITU de la vía inferior son cistitis y uretritis, mientras que la pielonefritis afecta a la vía superior. A diferencia de la ITU complicada, la no complicada afecta a mujeres premenopáusicas, no gestantes y sin alteraciones anatómicas o funcionales del tracto urinario. La ITU recurrente es la presencia de al menos 3 episodios de ITU en 1 año; es recidivante cuando la origina el mismo microorganismo y reinfección, distinto microorganismo^{1,2}.

La ITU es más frecuente en mujeres. En el varón, las ITU son menos frecuentes y casi siempre se consideran complicadas; aparece en edades más avanzadas y en relación con alteración estructural del aparato urinario, incontinencia urinaria o disminución de la actividad bactericida prostática. En los varones jóvenes, se ha asociado con las relaciones sexuales o la inmunosupresión. En la población anciana la incidencia es menos conocida y los factores de riesgo pueden ser: la edad, el sexo, las enfermedades de base, la instrumentación urinaria, la vejiga neurógena y la diabetes².

El perfil etiológico de las ITU variará en función la edad, anomalías funcionales o estructurales del aparato urinario,

enfermedades de base, presencia de lesiones medulares, presencia de sondaje y tratamiento antibiótico u hospitalización previa. La bacteria *Escherichia coli* es responsable de la mayoría de los casos de ITU no complicada. En embarazadas no es infrecuente aislar *Streptococcus agalactiae*. En las ITU recurrentes y especialmente en complicadas, aunque *E. coli* sigue siendo el agente más frecuente, aumenta la presencia de *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Enterococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*. En pacientes con sondaje vesical permanente, con lesión medular y/o con tratamientos antibióticos repetidos, no es infrecuente aislar más de una bacteria, habitualmente muy resistentes a los antibióticos: *Acinetobacter* spp., *P. aeruginosa*, enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y, en diabéticos, *Candida* spp³.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante urocultivo que no se recomienda de forma rutinaria en las ITU bajas no complicadas. Un recuento $\geq 10^5$ ufc/ml no puede considerarse globalmente válido, y cifras inferiores ($\geq 10^2$ ufc/ml en mujeres con síntomas de cistitis, pielonefritis o punción suprapúbica; $\geq 10^3$ ufc/ml en varones o muestras obtenidas por sonda vesical), deben valorarse como bacteriuria significativa indicativa de ITU. Las pruebas rápidas mediante tiras comerciales determinan: piuria (esterasa leucocitaria) y bacteriuria (detección de nitritos, que es una medida indirecta de la presencia de bacterias en orina), son fáciles de realizar, rápidas y baratas y de utilidad en AP. La sensibilidad es muy variable dependiendo de tipo de población estudiada pero, la interpretación es más fiable con la valoración conjunta de ambos parámetros y una clínica compatible.

En la actualidad, existe un problema de resistencias de las cepas de *E. coli* a los antibióticos de uso común (betalactámicos, quinolonas) que se ha visto agravado por la presencia de cepas de enterobacterias productoras de BLEE⁴. Para interpretar correctamente los datos de sensibilidad, es necesario tener en cuenta: edad, sexo, tipo de ITU (complicada/no complicada) y antibioterapia previa³. Actualmente, las tasas de resistencia de *E. coli* a las fluoroquinolonas oscila entre el 10 y el 30%. Amoxicilina-clavulánico, cefuroxima y nitrofurantoína presentan una sensibilidad intermedia con porcentajes del 77,6, el 75,3 y el 94,1% respectivamente⁵ (tabla 1).

Tabla 1

Estudio ARESC	<i>Escherichia coli</i> (n = 515)	<i>Proteus mirabilis</i> (n = 28)	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n = 15)	Otras enterobacterias (n= 16)	<i>Staphylococcus saprophyticus</i> (n= 29)	Otras bacterias grampositivas (n = 33)	Otros (n = 14)
Ácido nalidíxico	73,5%	85,7%	93,3%	91,6%	NT	—	100%
Ciprofloxacino	88,1%	96,4%	100%	100%	100%	82,3%	100%
Fosfomicina trometamol	97,2%	92,5%	93,3%	91,6%	NT	95,2%	75%
Nitrofurantoína	94,1%	0%	6,6%	33,3%	96,5%	97	0%
Ampicilina	35,3%	60,7%	0%	0%	68,9%	86,6%	0%
Amoxicilina/clavulánico ^a	77,6% ^a	100%	100%	41,6%	100%	92,8%	100%
Cefuroxima ^b	75,3% ^b	100%	100%	75%	100%	100%	50%
Cotrimoxazol	66,2%	57,1%	100%	83,3%	93,1%	84,6%	50%

^aEl 18,6% cepas con sensibilidad intermedia y el 3,6% cepas resistentes.

^bEl 22,9% cepas con sensibilidad intermedia y el 1,7% cepas resistentes.

La fosfomicina y la nitrofurantoína son los antibióticos de elección en las ITU bajas no complicadas.

En España, en el estudio de Andreu et al⁶, la resistencia varía según el sexo y la edad (el 29,1% de los aislados de *E. coli* de varones eran resistentes al ciprofloxacino, frente al 20,8% de mujeres; el 6,7% de los aislados de pacientes menores de 40 años eran resistentes al ciprofloxacino frente al 33,9% de los mayores de 60 años).

En España y en otros países están emergiendo durante los últimos años las cepas de *E. coli* productoras de BLEE. Estas enzimas de codificación plasmídica se encuentran principalmente en enterobacterias, y las confiere resistencia clínicamente significativa a penicilinas y cefalosporinas (no a cefoxitina ni carbapenem). Además los plásmidos pueden codificar resistencias a otros antimicrobianos como: tetraciclinas, aminoglucósidos o sulfamidas; y por mutación cromosómica pueden conferir resistencia a las quinolonas. La sensibilidad de las cepas de *E. coli* productoras de BLEE es: 40-70% amoxicilina-clavulánico; 80-95% piperacilina-tazobactam; 95-100% carbapenemas; 90-100% fosfomicina, y 95-100% tigecilina. Su prevalencia puede estar entre un 5-15%, teniendo en cuenta la falta de estudios en ITU no complicada. Existen factores de riesgo —como mayor edad, comorbilidad (diabetes mellitus), ITU recurrentes, ser portador de sonda, viajar a zonas de alta prevalencia, tratamiento previo con aminopenicilinas, quinolonas y cefalosporinas— que podrían favorecer la infección por *E. coli* productora de BLEE, si bien el hecho de que se estén diseminando indica que también pueden darse sin la presencia de estos factores. Las opciones terapéuticas son limitadas, siendo los carbapenemas los fármacos de elección para las infecciones masivas. Siempre debemos individualizar el tratamiento. En el caso de la cistitis, la fosfomicina es el fármaco de elección⁷.

En el manejo clínico de la pielonefritis aguda no complicada se debe realizar urocultivo previo antes de iniciar la antibioterapia empírica y valorar la necesidad de hospitalización. Los antimicrobianos utilizados deben ser activos frente a más del 95% de las cepas de *E. coli* y mantener las concentraciones elevadas en vía urinaria, tejido renal y suero. En áreas con bajas tasas de resistencia (< 10%), las fluoroquinolonas se consideran de primera elección: ciprofloxacino (500 mg/12 h/7 días), ciprofloxacino (1.000 mg/24 h/7 días), levofloxacino (750 mg/24 h/5 días). Si la tasa de resistencia es elevada (> 10%), las cefalosporinas de segunda y tercera generación podrían tener un papel en el manejo de la pielonefritis aguda.

Bibliografía

1. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Wullt B, Çek M, Naber KG, et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2012. Disponible en: <http://www.uroweb.org/profesional-resources/guidelines/online/>
2. Mohamed-Balghata MO, Alcántara Bellón JD, Vidal Verdú E, Lama Herrera C, Barrios Rubio C; Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI); Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Actualización del documento de Consenso sobre enfermedades del tracto urinario. Avances en Enfermedades Infecciosas. 2012;13 Supl 1.
3. Alós JI. Epidemiología y etiología de la infección urinaria en adultos. Sensibilidad antimicrobiana de los principales uro-

patógenos y significado clínico de la resistencia. En: Pigrau C, editor. Infección del tracto urinario. Barcelona: Ergon; 2013. p. 1-9.

4. Andreu A, Cacho J, Coira A, Lepe JA. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario. En: Cercenado E, Cantón R, editores. Procedimientos en microbiología clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2010;14b.
5. Palou J, Pigrau C, Molina I, Ledesma JM, Angulo J. Etiología y sensibilidad de los uropatógenos identificados en infecciones urinarias bajas no complicadas de la mujer (Estudio ARESC): implicaciones en la terapia empírica. Med Clin (Barc). 2011;136: 1-7.
6. Andreu A, Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. MedClin (Barc). 2008; 130:481-6.
7. Rodríguez Baño J. Infección urinaria causada por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. En: Pigrau C, editor. Infección del tracto urinario. Barcelona: Ergon; 2013. p. 137-46.

Incontinencia urinaria

José María Molero García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San Andrés, SERMAS, Madrid, España. Coordinador del GdT Nefrourología de la semFYC. Miembro del GdT Urología de SoMaMFyC

Recientemente, las 3 sociedades científicas de medicina de familia (SEMERGEN, SEMG, semFYC) y la Asociación Española de Urología han elaborado un documento de consenso sobre el manejo clínico compartido entre atención primaria (AP) y urología sobre el manejo de la incontinencia urinaria (IU). En el documento se recomienda un cribado oportunista al menos 1 vez a lo largo de la vida en mujeres asintomáticas > 40 años y en varones asintomáticos > 55 años. En la evaluación diagnóstica, basada en la anamnesis y la exploración física, se deberá determinar el tipo y gravedad de la IU. Con excepción de la vejiga hiperactiva (VH), el tratamiento conservador no farmacológico constituye el abordaje principal de la IU no complicada, tanto en mujeres como en varones. En la IU/VH, los antimuscarínicos son los únicos fármacos que han demostrado eficacia y seguridad. En el caso de los varones con síntomas mixtos, excluyendo los casos de obstrucción grave, se debe optar por un tratamiento combinado de bloqueadores alfa y antimuscarínicos.

Tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) pueden tener un origen prostático y/o vesical y se clasifican en síntomas de llenado, miccionales o de vaciado y posmiccional. Además hay estudios epidemiológicos que confirman la frecuente coexistencia entre varias de estas patologías (hiperplasia

benigna de próstata [HBP], VH, disfunción eréctil [DE]). La HBP es la responsable de casi el 70% de los casos de pacientes que consultan en medicina de familia por STUI.

La evaluación diagnóstica de los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) en AP, se basa en la anamnesis y la exploración física (incluyendo el tacto rectal) y unas pruebas de laboratorio básicas (glucemia, creatinina, antígeno prostático específico y urianálisis), reservando otras pruebas complementarias como la ecografía o la flujometría para los pacientes con sintomatología grave y/o sospecha de complicaciones. En todos los pacientes con LUTS y sospecha de HBP se determinará la gravedad del proceso y la afectación de la calidad de vida mediante el cuestionario IPSS (International Prostate Symptom Score).

- El tratamiento de los STUI/HBP debe estratificarse en función del riesgo de progresión
- Antes de iniciar un tratamiento farmacológico de los STUI/HBP, se recomienda estratificar el riesgo de progresión de la HBP atendiendo a factores que se relacionan directamente con esta progresión clínica.
- El tratamiento farmacológico de los STUI/HBP de primera línea sigue siendo los bloqueadores alfa y los inhibidores de la 5-alfa-reducta (5-ARI) o la combinación de ambos que estaría indicada en los pacientes con mayor riesgo de progresión clínica y de complicaciones para reducir su incidencia.
- Dada la frecuente comorbilidad de la obstrucción del tracto urinario infravesical característica de la HBP con otros cuadros urológicos como la VH y/o la DE, cada vez es más frecuente la combinación de los fármacos de primera línea con otros más específicos para estas patologías como los antimuscarínicos o los inhibidores de la fosfodiesterasa
- Los fármacos antimuscarínicos son la terapia de primera línea para los síntomas de VH y diferentes estudios han confirmado la eficacia y seguridad de los antimuscarínicos asociados a bloqueadores alfa en el tratamiento de los STUI de vaciado en los pacientes con HBP que no

mejora con la monoterapia con bloqueadores alfa, en ausencia de residuo posmiccional elevado.

- Las combinaciones de antimuscarínicos con bloqueadores alfa o con 5-ARI son seguras y eficaces en pacientes con STUI, evidencia de HBP y síntomas de VH.

Recientemente, la administración diaria de tadalafilo (5 mg) ha sido autorizada por la EMEA (European Medicines Agency) para el tratamiento de los STUI secundarios a HBP en varones adultos, incluyendo aquellos con DE. Diferentes a corto plazo, han demostrado la eficacia de los inhibidores de la fosfodiesterasa frente a placebo, para mejorar los STUI debidos a HBP, sin mejorar el volumen residual posmiccional.

Bibliografía recomendada

- Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuentes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Semergen*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.11.005>
- Füllhase C, Chapple C, Cornu JN, De Nunzio C, Gratzke C, Kaplan SA, et al. Systematic Review of Combination Drug Therapy for Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms. *Eur Urol*. 2013. pii: S0302-2838(13)00030-4. doi: 10.1016/j.eururo.2013.01.018
- Gacci M, Corona G, Salvi M, Vignozzi L, McVary KT, Kaplan SA, et al. A systematic review and meta-analysis on the use of phosphodiesterase 5 inhibitors alone or in combination with α -blockers for lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*. 2012;61:994-1003.
- Kaplan SA, Roehrborn CG, Abrams P, Chapple, CR, Bavendam T, Guan Z. Antimuscarinics for treatment of storage lower urinary tract symptoms in men: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2011;65: 487-507.
- Oelke M, Bachmann A, Descalzeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, et al. Guidelines on management of male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction (BPO). Update February 2012. [Monografía en línea, consultado el 15 de marzo de 2013]. European Association of Urology 2012. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/12_Male_LUTS_LR%20May%209th%202012.pdf

Talleres de habilidades

T 6. Manejo farmacológico de la analgesia en personas mayores

Miembro de la SAMFyC. Docente en cursos sobre atención a personas mayores, cuidados paliativos y dolor

Docentes:

Juan Manuel Espinosa Almendro
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS El Palo, Málaga, España. Miembro del GdT Atención al Mayor de la semFYC. Miembro de la SAMFyC. Docente en cursos sobre atención a personas mayores, cuidados paliativos y dolor

Francisca Muñoz Cobos
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Psicóloga, CS El Palo, Málaga, España. Miembro del GdT Atención al Mayor de la semFYC.

Contenido

Los objetivos generales del taller son:

- Capacitación en el manejo correcto de la analgesia en personas mayores en atención primaria.
- Manejo de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud.
- Uso correcto de opiáceos.
- Conocimiento de fármacos adyuvantes y coanalgésicos.
- Aplicación de las recomendaciones de buenas prácticas en el empleo de los analgésicos.

T 7. Manejo de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) Tetcnio

Docentes:

Josep Maria Cots Yago

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS La Marina, Barcelona, España. Doctor en Medicina. Experto en Enfermedades Infecciosas. Coordinador del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Miembro del Grupo Europeo de Enfermedades Infecciosas en Medicina de Familia-GRIN

Carles Llor Vilà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Jaume I, Tarragona, España. Doctor en Medicina, Experto en Enfermedades Infecciosas. Miembro del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Miembro del Grupo Europeo de Enfermedades Infecciosas en Medicina de Familia-GRIN

Contenido

Actualizar los conceptos de la neumonía adquirida en la comunidad en: etiología, conceptos de resistencia, manejo diagnóstico y terapéutico.

Encuentros con el experto

EE2. ¿Estamos utilizando bien los AINE en España para el tratamiento del dolor?

Moderador:

Juan de Dios Alcántara Bellón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Bollullos del Condado, Huelva, España. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC y de SAMFyC

Ponentes:

Julio Pascual

Médico Especialista en Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Josep Maria Cots Yago

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS La Marina, Barcelona, España. Doctor en Medicina. Experto en Enfermedades Infecciosas. Coordinador del GdT Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Miembro del Grupo Europeo de Enfermedades Infecciosas en Medicina de Familia-GRIN

Contenido

Los objetivos de esta sesión son:

- Revisar el uso de ibuprofeno en España para el tratamiento del dolor leve-moderado y presentar los datos de eficacia y seguridad de ibuprofeno de las distintas dosis de ibuprofeno.
- Comentar el uso de AINE para el tratamiento sintomático de los procesos inflamatorios de garganta y su posible optimización sin comprometer la eficacia analgésica.

Patrocinado por: Reckitt Benckiser

EE4. De las guías a la práctica clínica en la EPOC (sesión interactiva)

Moderador:

Jesús Molina Paris

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid, España

Ponentes y contenido:

1. GOLD y GesEPOC: dos guías, una enfermedad. Encuentro de caminos

Juan Pablo de Torres Tajo

Especialista en Neumología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España. Profesor de la Universidad de Navarra. Representante en España de la Iniciativa GOLD. Investigador en el área de la EPOC

2. Retrato de pacientes con EPOC

Ana Morán Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de la Gestión Clínica-Dispositivo de Cuidados críticos y Urgencias, Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, Cádiz, España. Coordinadora del GdT de Respiratorio de SAMFyC. Miembro del GdT de Respiratorio de la semFYC. Miembro de la Sociedad de Respiratorio de Atención Primaria. Miembro del Internacional Primary Care Respiratory Group

Patrocinado por: GSK

Mesa clínica EPOC: ¿hacia dónde vamos? (sesión interactiva)

Moderador:

Jesús Molina Paris

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del GdT de Enfermedades Respiratorias de la semFYC, Madrid, España

Ponentes y contenido:

Agustín Martínez González

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS La Paz, Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España. Miembro del GdT de Respiratorio de la semFYC. Coordinador del GdT Respiratorio de la OSATZEN

Enrique Mascarós Balaguer

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Fuente de San Luis, Valencia, España. Miembro del GdT de Respiratorio de la semFYC. Miembro del GdT de Tabaquismo de la semFYC

Juan Enrique Cimas Hernando

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Contrueces-Vega, Gijón, España. Miembro del GdT de Respiratorio de la semFYC

Patrocinada por: ALMIRALL, MENARINI

Algo más que broncodilatador: Aclidinio...

Enrique Mascarós Balaguer

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS de Fuente de San Luis, Valencia, España. Miembro del GdT de Respiratorio de la semFYC. Miembro del GdT de Tabaquismo de la semFYC

En los últimos años hemos visto cómo el arsenal terapéutico frente a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha ido aumentando, y a los fármacos ya existentes se les ha añadido una nueva familia de fármacos, los inhibidores de la fosfodiesterasa 4, en particular el roflumilast, así como nuevos fármacos de los grupos terapéuticos que ya utilizamos para su tratamiento. Ha aparecido un betaadrenérgico de larga duración (24 h), el indacaterol, y en los últimos meses nuevos anticolinérgicos de larga duración, el bromuro de aclidinio y de glicopirronio.

Al mismo tiempo, las guías de práctica clínica (GesEPOC, GOLD) han realizado cambios en el diagnóstico y clasificación de estos enfermos no teniendo solo en cuenta la función pulmonar (FEV1), sino que se aconseja realizar una evaluación multidimensional teniendo en cuenta, además del FEV1, las exacerbaciones, el grado de disnea, así como la repercusión de esta enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes.

Esta nueva clasificación permitirá un tratamiento individualizado, con unas recomendaciones específicas para usar

un grupo terapéutico u otro según cómo se clasifique al paciente con EPOC. Diversos estudios han evidenciado un uso excesivo de corticoides inhalados en la población española. Si usamos estas nuevas guías de práctica clínica podemos evitar este sobreuso y así disminuir los posibles efectos secundarios de los corticoides.

Pese al arsenal terapéutico con que contábamos, aún hay pacientes que presentan síntomas, lo que provoca que se busquen broncodilatadores más potentes. Como enfermedad crónica que es, la EPOC no es una excepción, y la cumplimiento de sus tratamientos es baja, por lo que debemos facilitar al máximo dicha cumplimentación con una posología cómoda. Si a esto añadimos que la vía de administración de estos fármacos es la inhalada, y que actualmente en el mercado existen múltiples dispositivos de administración, algunos de ellos realmente complicados, debemos tenerlo en cuenta para educar correctamente a nuestros pacientes en el uso correcto de los mismos e intentar prescribir el inhalador de más fácil manejo para nuestro paciente, siendo imprescindible una revisión de la técnica inhalada ante el fracaso terapéutico para asegurarnos un correcto uso de la medicación.

En esta presentación se van a tratar todos estos puntos y se presentarán los estudios del bromuro de aclidinio que demuestran que es un fármaco que cumple con todos estos requisitos, broncodilatador potente, de acción rápida y duradera, y que dispone de un dispositivo (Genuair) de fácil manejo y nos asegura su correcto uso no solo de manera auditiva, sino también visual.

Sesiones prácticas

SP2. Osteoporosis: nuevos mecanismos de acción. A quién tratar, con qué, cuánto tiempo

Ponentes y contenido:

1. Nuevos mecanismos de acción de los fármacos utilizados para reducir el riesgo de fractura osteoporótica
Piedad Morillas Arques

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 2.º año, Centro de Salud de Guadix, Hospital de Baza, Granada, España. Especialista en Reumatología, Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. Grupo de Trabajo del Aparato Locomotor de la SAMFyC

2. A quién tratar, con qué, cuánto tiempo

Vicente Giner Ruiz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Ciudad Jardín, Alicante, España. Especialista en Reumatología. Miembro del GdT Enfermedades Reumatológicas de la semFYC y de la SVMFiC

Contenido

El manejo de la osteoporosis y de su consecuencia natural, la fractura osteoporótica, corresponde fundamentalmente, como la mayor parte de la patología crónica, a atención primaria.

Saber a quién tratar, cuándo, con qué y cuánto tiempo, es la parte esencial en el objetivo de reducir el riesgo de la fractura osteoporótica. Hacerlo correctamente implica que la relación beneficio/riesgo, que toda actividad sanitaria conlleva, sea adecuada y beneficie al paciente y a la sociedad.

Conocer los mecanismos de acción de los fármacos utilizados en la prevención de la fractura osteoporótica ayuda a entender sus beneficios y riesgos, y contribuye al esfuerzo para hacer positivo el balance beneficio/riesgo mencionado anteriormente.

En esta actividad daremos respuesta a las cuestiones planteadas con el fin de facilitar el trabajo práctico en nuestro día a día.

Patrocinada por: GSK

SP4. El bolsillo ácido en pacientes con ERGE. ¿Qué es y cómo se puede tratar?

Ponentes:

Jordi Serra Pueyo

Jefe de la Unidad de Pruebas Funcionales Digestivas del Servicio Digestivo del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España. Vocal de la Asociación Española de Gastroenterología

Juan Manuel Mendive Arbeola

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Equipo de Atención Primaria (EAP) La Mina, Barcelona, España. Tutor de la Unidad Docente de MFyC de Barcelona

Contenido

- Revisar y actualizar el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico, con especial atención al concepto del bolsillo ácido y a las opciones terapéuticas disponibles.
- Presentar de forma práctica las características clínicas del alginato de sodio y su posible papel en el tratamiento de los síntomas del reflujo gastroesofágico.

Patrocinada por: Reckitt Benckiser

SP8. Nuevo paradigma en el tratamiento de los STUI por HBP (sesión interactiva)

Moderador:

José María Molero García

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS San Andrés, Madrid, España. Coordinador del GdT Nefrourología de la semFYC y miembro del GdT Urología de SoMaMFyC

Ponentes:

Cristóbal Segovia Martínez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Laguna-Mercedes, Tenerife, España. Miembro del GdT de Nefrourología de la semFYC

Francisco Brotons Muntó

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Bovila, Vila-Real, España. Coordinador del Grupo de Urología de SVMFiC y Miembro del GdT de Nefrourología de la semFYC

Contenido

El tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) secundarios a hiperplasia benigna de la próstata (HBP) ha evolucionado en los últimos años, en base a las nuevas evidencias científicas procedentes de diferentes ensayos clínicos. El tratamiento clásico se basaba en el tratamiento farmacológico mediante monoterapia con alfa-bloqueantes o inhibidor de la 5-alfa reductasa y un tratamiento quirúrgico ante la ausencia de respuesta o presencia de complicaciones. Como consecuencia de los resultados de diferentes estudios con distintas pautas y nuevos fármacos, en la actualidad existe evidencia sólida que avala la utilización, como primera opción, del tratamiento farmacológico combinado para mejorar la sintomatología más eficazmente,

evitando complicaciones y necesidad de cirugía. Además, estos estudios también han demostrado suficientemente la utilidad clínica de otros fármacos, tanto en monoterapia como asociados a los clásicos, para el control sintomático de los STUI/HBP. Entre estos fármacos se encuentran los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (iPDE5).

Diferentes estudios planificados a corto y medio plazo han demostrado la eficacia de los iPDE5 frente a placebo en la mejora de los STUI debidos a HBP, especialmente los de vaciado. En estudios comparativos con alfabloqueantes, las mejoras sintomáticas y flujométricas de ambos fármacos fueron significativas y similares cuantitativamente. En estudios a corto plazo de terapia combinada de un iPDE5 con alfabloqueantes o con un 5.ARI se ha demostrado eficacia clínica frente a monoterapia. De forma paralela, en todos

estos se ha conseguido de forma significativa el conocido efecto que sobre la DE tienen los iPDE5.

Varios estudios epidemiológicos han demostrado una relación entre STUI y DE, al mismo tiempo que algunos de los tratamientos convencionales de los STUI/HBP impactan negativamente en la función sexual. Por este motivo los iPDE pueden ser una opción terapéutica en pacientes seleccionados con STUI e HBP.

En esta línea, recientemente la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y el ente español (AGEMED) han autorizado una nueva indicación para el tadalafilo 5 mg a dosis diaria en el tratamiento de los signos y síntomas por HBP en hombres con o sin disfunción eréctil

Patrocinada por: LILLY