

Grup 4A

MEDICALITZACIÓ: PREVENCIÓ I HÀBITS SALUDABLES

Ramon Ciurana Misol (coordinació)
Lurdes Alonso Vallès (coordinació)

Joan Atmella Andreu
Carme Espel Masferrer
Dolors Forés Garcia
Manuel Iglesias Rodal
Lluïsa Morató Agustí
Andreu Segura Benedicto

PER UNA PREVENCIÓ EFICIENT. RACIONALITZAR EN TEMPS DE CRISI

A partir d'una determinada època històrica, que podem situar aproximadament als inicis de la segona meitat del segle XX, la medicina clínica es pot permetre econsiderar la possibilitat d'evitar o modificar el curs natural de determinades malalties mitjançant recomanacions per a modificar l'estil de vida o amb intervencions mèdiques (vacunacions, mesures de cribratge).

Aquesta nova aportació de la medicina, afegida al tractament de la malaltia establerta -única funció acceptada fins aleshores-, obre importants expectatives que es van desenvolupant i perfilant fonamentalment en àmbits com les malalties infectocontagioses, les malalties cardiovasculars i el càncer. Aquestes malalties, un cop millorades en gran mesura les condicions de salubritat al llarg del segle XIX i primera meitat del XX, que van contribuir de forma determinant en millorar l'esperança de vida de la població i la qualitat de vida, constitueixen les principals causes de mort prematura a les societats desenvolupades.

Durant la segona meitat del segle XX han estat extraordinàriament nombrosos els estudis que ens han permès conèixer millor la història natural de moltes malalties i els seus factors de risc associats. Malgrat que la informació disponible sobre l'evidència dels beneficis de la prevenció en alguns trastorns és molt quantiosa, existeixen encara nombroses incerteses sobre la possibilitat de prevenir moltes malalties. En alguns casos ha quedat clar que avui per avui moltes malalties no es poden prevenir i que intervenir produeix més danys que beneficis.

En una situació on la prevenció es considera com a possible cal que tots els actors principals tinguin una informació adequada i expectatives realistes¹. Les expectatives del professional com les de l'usuari poden infravalorar o valorar en excés els eventuais efectes favorables de determinada activitat preventiva. Ambdós han de rebre una informació precisa i fiable. Les publicacions dels grups d'experts han de proporcionar als professionals informació actualitzada sobre les evidències disponibles en prevenció i els mitjans de comunicació han de reflectir aquestes conclusions per a fer-les comprensibles a la població general. En el nostre àmbit el "Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud" (PAPPS) de la "Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) fa aquesta funció de difusió als professionals des de 1988².

Educació i promoció de la salut. Com canviar les actituds?

L'adquisició d'estils de vida saludable té molt a veure amb l'educació adquirida a la societat i en concret a les famílies o en grups de convivència (escola, universitat, lloc de treball...).

Els professionals de la salut han de transmetre els hàbits de vida saludable i ajudar a la motivació per a dur a terme canvis en les conductes nocives per la salut. La societat, i en concret els governs com a responsables de les polítiques de salut pública, s'han de comprometre a transmetre missatges de promoció de la salut en sintonia amb els dels professionals i a ser bel·ligerants quan, per interessos comercials, es tolera que la informació o la legislació sobre determinades substàncies o articles de consum generin una informació o llei clarament contràries a la conservació de la salut (per ex.: incentivar l'ús d'alcohol o de tabac o promoure la velocitat excessiva dels vehicles de motor). Els professionals sanitaris són els agents de salut més pròxims a la població i ajuden a canviar actituds, però, la major responsabilitat i la major eficiència per modificar conductes és en mans dels polítics i dels legisladors.

La prevenció requereix un esforç del professional

Gran part de l'activitat que du a terme un metge o infermera d'atenció primària està dedicada a la prevenció (seguiment de factors de risc, vacunacions, modificació d'hàbits de vida no saludable, detecció precoç de trastorns evolutius que es poden aturar o revertir amb una adequada intervenció...). Fer prevenció requereix, doncs, un important esforç per part dels professionals i això cal que sigui reconegut, més encara en un sistema sanitari que s'ha mostrat prou eficient, amb una freqüentació molt elevada, però que compta amb un temps per visita dels més baixos d'Europa.

Un cop introduïdes les mesures preventives en una consulta d'atenció primària s'ha de preveure un increment de l'activitat a curt i mig termini; detectar hipertensos i diabètics o qualsevol trastorn de curs evolutiu crònic significa entrar en una cascada diagnòstica i terapèutica que generarà més activitat (i més despesa).

Fer prevenció no és barat a curt i mig termini. La detecció de trastorns crònics i el seu tractament, les vacunacions i els cribratges representen una part important del cost sobre el total de la despesa vinculada a l'activitat clínica a l'atenció primària^{3,4}.

Quan les activitats preventives realitzades estan fonamentades en evidències científiques potents, la mesura preventiva està clarament justificada i no fer-la seria considerada mala praxi (p. ex.: no determinar la pressió arterial a un adult per detectar hipertensió arterial). Els beneficis de la prevenció ben realitzada cal esperar-los a llarg termini amb estalvi de malestar, morbiditat i també de diners. La major part de les mesures de promoció de la salut i prevenció primària són clarament eficients. Es pot dir que prevenir és invertir en una millor salut pel futur.

El problema és establir quines són les mesures preventives o de promoció de la salut que cal incloure com a prestació universal o específica en determinats grups de risc a l'atenció primària^{5,6}.

Prevenció en temps de crisi. Rebaixar plantejaments o racionalitzar l'activitat?

L'aplicabilitat de les mesures preventives té a veure amb l'evidència científica sobre el seu benefici (efectivitat i eficiència) però també amb la seva possible implementació en un context concret (recursos humans, científico-tècnics i econòmics disponibles).

Conscients que la prevenció té un cost i en moments on cal planificar amb la màxima cura com i en què es destinen els limitats recursos en salut es pot triar entre dues opcions: rebaixar plantejaments, és a dir, reduir les prestacions sobre determinades activitats preventives de forma unilateral des de l'Administració, o bé, racionalitzar les activitats amb criteris d'eficiència basats en l'evidència científica disponible i consensuats amb els professionals clínics.

Entre els costos que s'han de prendre en consideració es troben les hores de dedicació dels professionals, que de vegades es promou que es dediquin a activitats suposadament de prevenció amb una eficàcia poc avaluada^{7,8}.

Des de fa més de dues dècades, el PAPPS proporciona unes recomanacions explícites sobre diversos àmbits de la prevenció i la promoció de la salut. Si se segueixen les seves recomanacions, que estableixen límits d'edat i, de vegades, recomanacions en contra de determinades mesures (que en alguns àmbits se segueixen duent a terme sense que tinguem evidència del seu benefici), de ben segur que racionalitzar la prevenció que s'està fent és possible.

Malauradament moltes vegades els condicionants econòmics i els interessos vinculats a la prevenció, que són enormes, juguen en contra i la publicitat generada tendeix a crear expectatives no justificades sobre el benefici de la prevenció, que contribueix un cop més a la desinformació i estimula la medicalització dels ciutadans. Es tracta de practicar també allò que s'ha anomenat "prevenció quaternària", amb l'objectiu de protegir els pacients de les activitats preventives poc contrastades i pretesament beneficioses que generen més perjudicis que beneficis a la salut⁹.

Cal no oblidar el context biopsicosocial dels individus i dels grups i cuidar aquelles situacions detectades a la consulta que puguin abocar a desajustos socials o a trastorns mentals futurs¹⁰.

La labor fonamental dels professionals és preservar el benestar i la seguretat dels individus protegint-los de la medicalització creixent, entesa aquesta com la il·lusió que la medicina serà capaç de protegir-nos de tots els elements als quals som vulnerables com éssers humans. El primer objectiu en prevenció és: *primun non nocere*. Hi ha massa interessos que intenten tergiversar un model científic-mèdic rigorós. És aquí on els professionals s'han de mostrar especialment sensibles a les activitats preventives justificades però especialment crítics amb les que no compleixen els criteris per ser incloses en la pràctica. Més enllà de la despesa injustificada, el que ens juguem com a col·lectiu és la substitució de la salut com un valor individual i col·lectiu a preservar per una visió frívola de la salut com un bé de consum¹¹.

Una estratègia de salut pública hauria d'adreçar-se a la modificació dels condicionants col·lectius que afavoreixen el sedentarisme, l'excés de pes i l'obesitat, la qual cosa implica reformes substantives de l'organització de la societat, que afecten les condicions de vida actual, tant en l'àmbit familiar com en el laboral i el de la mobilitat urbana, les quals queden fora de les possibilitats directes del sistema sanitari. D'aquí que des d'una perspectiva poblacional convingui restringir significativament les intervencions clíniques preventives, limitant-les a aquelles situacions en què hi hagi garantia d'efectivitat amb un esforç assistencial proporcionat¹².

No tot el que és efectiu és assumible pel sistema sanitari públic. L'eficiència té a veure amb altres paràmetres que tenen estreta relació amb l'ètica^{13,14}, la seguretat i, en definitiva, la pertinència i, per tant, amb criteris de prioritització en un sistema amb recursos no il·limitats. El límit entre l'efectivitat i l'eficiència, entesa com la línia de separació del que econòmicament és possible assumir, no és senzilla. Però les decisions sobre quines són les prestacions preventives que s'inclouen en un sistema públic de salut no han de ser mai imposició exclusiva dels gestors. Cal que un criteri eminentment clínic acompanyi al criteri econòmic. El sentit comú ha d'imposar l'última paraula i aquesta només pot ser fruit de l'acord.

En el present document, el grup de treball intentarà establir quines són les activitats preventives contrastades, fiables, factibles i prudentes que avui per avui cal oferir a la població a través de les consultes d'atenció primària. Però també s'intentarà establir quines són les activitats prescindibles, poc documentades o fins i tot perilloses per a la salut de les persones. L'objectiu final és proporcionar una guia ajustada a l'evidència científica, valorant l'eficiència com un argument de primer ordre a l'hora d'implementar les mesures i, per tant, tenint en compte que qualsevol despesa en salut és una despesa de la societat en el seu conjunt que cal racionalitzar, sobretot en temps de restriccions. No obstant això, si en alguna de les activitats proposades es considera necessari o coherent, el grup proposarà un increment de la inversió.

La pretensió del grup al fer aquest document no és retallar les activitats preventives que professionals i usuaris identifiquem com una conquesta col·lectiva, aconseguida amb l'esforç d'una generació sencera per dignificar la sanitat pública. L'objectiu del grup és fer una

proposta que permeti establir un acord entre gestors sanitaris i metges clínics que, per la via de la racionalització, que creiem possible i necessària, permeti estalviar redistribuint els recursos de la forma més racional i equitativa possible, però evitant les iniciatives pretesament preventives poc contrastades, medicalitzadores o simplement iatrogèniques.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fuchs VR. *The Doctor's Dilemma — What Is “Appropriate” Care?* N Engl J Med 2011; 365:585-7
- 2.- *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en atención primaria (PAPPS)*. Documento de actualización 2009. URL disponible a:
http://www.papps.org/suplemento_ap_09.php
- 3.- Järvinen TLN, Sievänen H, Kannus P, Jokihäärä J, Khan KM. *The true cost of pharmacological disease prevention*. BMJ 2011;342:d2175 doi: 10.1136/bmj.d2175 URL disponible a:
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d2175.full.pdf>
- 4.- *Replies to : The true cost of pharmacological disease prevention*. URL disponible a:
<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d2175/reply>
- 5.- Espallargues M, Pons JMV, Almazán C, de Solà-Morales O. *La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones de salud pública: ¿más vale prevenir que curar?* Gac Sanit. 2011;25(Supl 1):40-48
- 6.- Maciosek MV, Edwards NM, Coffield AB, Flottemesch TJ, Nelson WW, Goodman MJ, Solberg LI. *Priorities Among Effective Clinical Preventive Services*. Methods. Am J Prev Med 2006;31(1):90-96
- 7.- Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener J LI: *Is There Enough Time for Prevention?* Am J Public Health. 2003;93:635-641
- 8.- Segura A. *Cribado de enfermedades y factores de riesgo en personas sanas. El lado oscuro de la fuerza*. Humanitas. Humanidades médicas. 2008;31:1-17
- 9.- Kuehlein T; Sghedoni D; Visentin G; Gervas J; Jamouille M. *Prevención cuaternaria, actividad del médico general*. URL disponible a:
<http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>
- 10.- Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. M. C. Fernández-Alonso, F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-Bentata, J. García-Campayo, C. Montón-Franco y J. Tizón-García. *Prevención de los trastornos de la salud mental*. URL disponible a:
http://www.papps.org/upload/file/02_PAPPS_ACTUALIZACION_2009.pdf
- 11.- Norwegian College of General Practitioners. *Preventive health care. Policy document for the Norwegian College of General Practice (NCGP)*. Oslo. June 14, 2011. URL disponible a:
http://www.gp2011tos.com/filarkiv/File/Policydoc_English_1_.pdf
- 12.- Permanyer Miralda G. *¿Son valores antagónicos la prevención y la compasión?* Med Clin(Barc).2010;135(14):650-652
- 13.- Getz L, Sigurdsson JA and Hetlevik I. *Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?* BMJ 2003;327:498-500
- 14.- Sackett DL. *Hormone replacement therapy. The arrogance of preventive medicine*. CMAJ 2002;167(4):363-4

Prevenció cardiovascular

ACTIVITAT	PROPOSTA RECOMANADA	FREQÜÈNCIA ACTUAL	COMENTARIS
MODIFICACIÓ DELS ESTILS DE VIDA			
	Cal buscar maneres més eficients de modificar els estils de vida i fer-ho aplicant estratègies de salut pública ¹ .		Pretendre canviar els hàbits poblacionals únicament des de la consulta (per molt que la freqüentació de la nostra població sigui molt alta) és ineficient i esgota el professional.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (B) • Facilitat d'implementació (C) • Temps (C) 			
HIPERTENSIÓ ARTERIAL			
Cribratge	En l'adult la freqüència de cribratge recomanada és cada 4 o 5 anys fins els 40 anys d'edat, i cada 2 anys a partir dels 40 anys sense límit superior d'edat ² .	<p>Per excés (en pacients coneguts)</p> <p>Per defecte (en poblacions d'alt risc que van poc al metge)</p>	<p>No cal prendre la TA en cada visita i fora dels protocols establerts. És una despesa inútil de temps. A més, si ho fem, els pacients pensaran que és bo fer-ho.</p> <p>Cal prioritzar el cribratge en les persones que utilitzen poc els serveis sanitaris (p.ex.: homes treballadors poc demandants).</p>
Tractament	El tractament farmacològic és ajornable, excepte si hi ha afectació d'òrgans diana i en la HTA severa.	Per excés	<p>Cal evitar l'inici d'un tractament farmacològic si no s'acompleixen els criteris diagnòstics indicats pels protocols.</p> <p>No fer-ho així perjudica al pacient, l'exposa als efectes secundaris dels fàrmacs i genera una despesa innecessària.</p>
Tractament	En la població de més de 80 anys i amb comorbiditats com ara en diabetis i en insuficiència renal crònica cal ser prudent i proposar-se objectius de control raonables.	Per excés	Els objectius de tractament en la gent gran i amb comorbiditats que sovint requereixen una combinació de fàrmacs per aconseguir un control rigorós cal ser prudents i evitar l'obstinació terapèutica.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (A) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B) 			

HIPERCOLESTEROLEMIA			
Cribratge	Es recomana una determinació de colesterol total sèric i cHDL almenys una vegada en homes abans dels 35 anys i en les dones abans dels 45 anys d'edat. Després, cada 5 o 6 anys fins els 75 anys d'edat. En les persones més grans de 75 anys es realitzarà una determinació si abans no se n'hi havia fet cap.	Per excés	<ul style="list-style-type: none"> - No cal sol·licitar nivells de colesterol en cada anàlítica que es fa als pacients². Sovint es sol·liciten determinacions de colesterol en excés, sense tenir present les freqüències recomanades per les guies. - El cribratge de dones i vells sense altres factors de risc associats no és prioritari, atès que el benefici del tractament no està clarament demostrat³.
Tractament	Es proposa l'ús de les taules del REGICOR.		<ul style="list-style-type: none"> - Les taules d'estratificació del risc coronari del REGICOR han estat validades al nostre medi³. - El que es pretén aconseguir amb la prevenció primària⁴ és prevenir episodis cardiovasculars més que no pas cerebro-vasculars, atesa l'absència de resultats concloents amb aquest objectiu. - Les taules de risc no indiquen el benefici del tractament sinó que permeten determinar la probabilitat de patir un episodi cardio-vascular³. - Cal ser especialment prudent i evitar el tractament de dones i vells en prevenció primària, quan no està indicat el tractament per les taules de risc .
Tractament	<p><u>En prevenció primària:</u> utilitzar els fàrmacs hipolipemians amb criteri clínic i en relació amb el risc coronari estimat.</p> <p><u>En prevenció secundària:</u> el tractament hipolipemiant dels pacients amb antecedents de patologia cardiovascular ha de constituir una prioritat.</p>	<p>Per excés</p> <p>Per defecte</p>	<p>Cap assaig clínic ha establert que en prevenció primària calgui obtenir valors d'LDL com més baixos millor³.</p> <p>- La prescripció d'una dosi fixa d'estatina en prevenció primària (que requereix menys controls) pot ser una alternativa més cost-efectiva³.</p> <p>Els efectes beneficiosos en prevenció secundària estan clarament documentats⁴.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (A) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B) 			
ELS ALTRES INDICADORS DE RISC CARDIOVASCULAR (INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA, HOMOCISTEÏNA, PROTEÏNA C REACTIVA,...)			
	Utilitzar-los de manera molt restrictiva en la decisió de tractar.	Per excés	- Desconeixem si tenir en compte aquests indicadors en la decisió de tractar beneficia el pacient, per molt que a vegades s'insisteixi amb el pretext d'individualitzar el tractament ³ .
<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (C) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B) 			
TABAC			
			Cal tenir en compte que el tabac és el factor de risc cardiovascular la modificació del qual és més cost-efectiva. També que els beneficis comprovats s'estenen a les malalties de l'aparell respiratori, a diferents tipus de càncer, etc.
Cribratge	Per decidir el tractament cal establir la fase de motivació pel canvi en què es troba el fumador.	Per defecte	- L'autonomia del fumador per decidir deixar el tabac és primordial. - Estalvia esforç al professional, despesa en diners públics i frustració i despeses innecessàries als pacients.
Tractament farmacològic	Caldria valorar el finançament públic dels fàrmacs per a la deshabitació del tabaquisme, com es fa en altres addiccions, en pacients d'alt risc o especialment motivats.	Per defecte	D'una banda, hi ha una medicalització creixent en l'abordatge del tabaquisme, de l'altra, és l'única addicció en la qual els fàrmacs per tractar-la els paga íntegrament el pacient. Els professionals solen donar suport a l'argument fal·laç que el tabac és tant o més car que el tractament farmacològic.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (B) • Facilitat d'implementació (C) • Temps (B) 			

OBESITAT			
Tractament	<ul style="list-style-type: none"> - Cal seleccionar els objectius i els pacients per l'abordatge de l'obesitat. - Per prevenir l'obesitat s'han de dur a terme polítiques de salut pública que impliquin molts agents socials i no només els metges. 		<ul style="list-style-type: none"> - Sobretot per no desmotivar innecessàriament a pacients i professionals. - La decisió autònoma de la persona obesa per decidir fer el tractament és primordial. - És molt important que la societat proporcioni informació sobre estils de vida i alimentació saludable des de les etapes infantils.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (A) • Facilitat d'implementació (C) • Temps (C) 			

A cada proposta s'inclou la Valoració ponderada en 3 graus sobre el que suposa en:

- Reducció de la despesa (molt (**A**), mig (**B**), poc (**C**))
- Facilitat d'implementació (fàcil (**A**), regular (**B**), difícil (**C**))
- Temps (curt (**A**), mig (**B**), llarg termini (**C**))

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Mercè Marzo. *Cometemos errores en prevención y promoción de la salud?* Mesa PAPPS. 31 Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Zaragoza. 10 de Junio de 2011. URL disponible a: http://www.papps.org/upload/file/Merce_Marzo.pdf
- 2.- A. Maiques Galán, C. Brotons Cuixart, F. Villar Álvarez, J. M. Lobos-Bejarano, J. Torcal Laguna, D. Orozco-Beltrán, J. Navarro Pérez, R. Ortega Sánchez-Pinilla, V. Gil Guillén, J. Vilaseca Canals. *Recomendaciones preventivas cardiovasculares* PAPPS del 2009 (Grupo de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares del PAPPS). URL disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/09%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
- 3.- Miguel-García, F; Merino-Senovilla, A; Montero-Alonso, MJ; García-Ortiz, A; Sanz-Cantalapiedra, R; Maderuelo-Fernández, JA. *La prevención según el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular: Una valoración crítica*. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 185-201. URL disponible a: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/05/la-prevencion-cardiovascular-segun-ceipc-una-valoracion-critica.pdf>
- 4.- Baena Díez, JM; Barcelo Colomer, E; Ciurana Misol, R; Franzi Sisó, A; García Cerdán, MR; Ríos Rodríguez, MA; Ramos Blanes, R; Solanas Saura, P; Vilaseca Canals, J. *Colesterol i risc coronari* [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 1. URL disponible a: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/colesterol/colesterol.htm>

CRIBRATGE DE NEOPLÀSIES

LOCALITZACIÓ	PROPOSTA RECOMANADA	FREQÜÈNCIA ACTUAL	COMENTARIS
MAMA	<p>- Es recomana realitzar el cribratge amb mamografia cada 2 anys en les dones majors de 50 anys^{1,2}.</p> <p>- Els programes poblacionals a Catalunya inclouen les dones de 50 a 69 anys, amb una mamografia cada 2 anys.</p> <p>- Es recomana establir la coordinació necessària amb els programes poblacionals de cribratge del càncer de mama.</p>	<p>Correcte (en ≥ 50 anys ; cal incentivar la participació en els programes poblacionals)</p> <p>Per excés (en < 50 anys)</p>	<p>- Mai està justificat el cribratge amb mamografia abans dels 40 anys.</p> <p>- En dones de 40-50 anys el cribratge és especialment controvertit. Si es fa en algun cas particular s'aconsella que sigui anualment i informant a la dona del sobrediagnòstic i del sobretractament.</p> <p>- A la dona de més de 69 anys que manifesti el desig de continuar fent-se cribratge se li hauria d'oferir des de la consulta, sense límit d'edat superior i amb periodicitat bienal³.</p> <p>- Assegurar un adequat control de qualitat de tots els programes de cribratge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (B) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B)

<p>COLORECTAL</p>	<p>- En el moment actual es considera prudent mantenir el cribratge amb l'actual estratègia iniciada pel Departament de Salut de practicar la determinació de sang oculta a femta (*).</p> <p>- Es recomana realitzar una adequada classificació del grau de risc de CCR a través d'una completa història personal i familiar, que afavoreixi la recerca activa de les persones amb factors de risc elevat. En aquest casos cal derivar al gastroenteròleg perquè en faci el seguiment².</p> <p>- Es recomana dur a terme un seguiment rigorós amb colonoscòpia periòdica als individus amb pòlips adenomatosos⁴.</p>	<p>Per defecte</p>	<p>- Es desconeix l'impacte real que pugui tenir la determinació de sang oculta a femta amb l'actual estratègia de cribratge.</p> <p>- Es recomana el cribratge de CCR en les persones de risc mitjà a partir dels 50 anys, amb alguna de les següents estratègies: SOH amb periodicitat anual o biennal i/o sigmoidoscòpia cada 5 anys o colonoscòpia cada 10 anys⁵. Donada la incertesa sobre l'estratègia més efectiva, la seva aplicació en el nostre mitjà requereix l'avaluació prèvia de l'efectivitat, l'acceptabilitat, la relació cost-efectivitat i els recursos necessaris per a la implementació de l'estratègia seleccionada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducció de la despesa (C) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B)
-------------------	---	---------------------------	---

<p>COLL UTERÍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es recomana proporcionar consell sobre protecció en els contactes sexuals. - Es recomana efectuar la citologia de Papanicolau en les dones de 25-65 anys. Al principi, 2 citologies amb una periodicitat anual i després cada 3-5 anys. - A les dones majors de 65 anys sense citologies en els últims 5 anys se'ls oferiran 2 citologies amb periodicitat anual i, si són normals, no es proposaran més intervencions. - No s'oferirà cribratge en les dones que no han tingut relacions sexuals, ni a les dones amb histerectomia total. - Actualment no es recomana la vacuna pel VPH fora dels programes de vacunació escolar^{2,6,7}. 	<p>Per excés</p>	<p>No està justificat escurçar l'interval de cribratge o iniciar el cribratge abans dels 25 anys (excepte en situacions particulars poc freqüents).</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'aconsella realitzar una recerca activa dirigida a augmentar la cobertura de la població diana. • Reducció de la despesa (B) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B)
<p>PRÒSTATA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Actualment no s'aconsella practicar cribratge oportunista del càncer de pròstata amb la determinació de PSA o amb qualsevol altre procediment en les persones asimptomàtiques⁸. 	<p>Per excés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No hi ha proves científiques suficients per recomanar el cribratge sistemàtic del càncer de pròstata amb PSA o qualsevol altre procediment en les persones asimptomàtiques. - Els pacients que sol·licitin ser cribrats han de ser informats correctament sobre els beneficis i els riscos del cribratge i del tractament (sobrediagnòstic i sobretractament): cal tractar 48 casos, detectats pel cribratge en 9 anys, per prevenir una mort per càncer de pròstata⁹. • Reducció de la despesa (A) • Facilitat d'implementació (B) • Temps (B)

(*) L'equip d'atenció primària, els professionals de l'atenció especialitzada extrahospitalària i els farmacèutics tenen un important paper en el programa en la vessant de la informació i consell sobre el programa i la detecció precoç i la participació en el circuit del programa segons el model d'implantació territorial.

L'oficina de cribratge invita els homes i les dones entre 50 i 69 anys, a través d'una carta enviada al domicili, a participar en el programa.

Amb la carta s'envia el dispositiu per recollir la mostra de la femta o s'indica on recollir-ho, bé a la farmàcia o bé al centre d'atenció primària. Una vegada recollides les mostres, es retorna pel mitjà indicat. En el cas que la prova sigui negativa, la persona rep una carta amb el resultat i, seguint el programa de cribratge, la convocatòria es repetirà cada dos anys.

Si el resultat fos positiu s'haurà de fer una colonoscòpia.

Actualment aquest programa està en fase d'extensió progressiva a tota Catalunya i es preveu que al 2014-15 estigui totalment implantat.

A cada proposta s'inclou la Valoració ponderada en 3 graus sobre el que suposa en:

- Reducció de la despesa (molt **(A)**, mig **(B)**, poc **(C)**)
- Facilitat d'implementació (fàcil **(A)**, regular **(B)**, difícil **(C)**)
- Temps (curt **(A)**, mig **(B)**, llarg termini **(C)**)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2009;151:716-726.
- 2.- M. Marzo Castillejo, B. Bellas Beceiro, E. Melus Palazón, C. Vela Vallespín, M. Nuin Villanueva, M. Vilarrubi Estrella. Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPS. Prevención del cáncer (actualización 2009). URL disponible a:
<http://www.papps.org/upload/file/10%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
- 3.- Over 70's. NHS, Cancer Screening programmes. Breast screening. Over 70's ? You are still entitled to breast screening. London: NHS. Department of health, 2006 [en línia] [data d'accés: 16 d'agost de 2011]. URL disponible a:
<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/over70.pdf>
- 4.- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009.
Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4. URL disponible a:
http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/ccolon.pdf
- 5.- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008;149:627-637.
- 6.- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations and Rationale (2003). URL disponible a:
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.pdf>
- 7.- Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Lin J, Burda BU, Senger CA, Holmes RS, Fu R, Zuber S. Screening for Cervical Cancer: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 86. AHRQ Publication No. 11-05156-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2011. URL disponible a:
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcanceres.pdf>
- 8.- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008;149:185-191.
- 9.- Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela LJ, Ciatto S, Nelen V. et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. N Engl J Med 2009;360:1320-8).

PREVENCIÓ DE MALALTIES INFECCIOSES EN L'ADOLESCENT I EN L'ADULT

	RECOMANACIONS	SITUACIÓ ACTUAL	QUÈ CAL FER COMENTARIS I VALORACIÓ
Generalitats	1. Adaptar les pautes vacunals al calendari vigent ^{1,2} 2. Completar les dosis que falten en funció del calendari vacunal aportat per la persona ² . MAI reiniciar una vacunació: «dosi posada, dosi comptada».	<ul style="list-style-type: none"> •Correcte en vacunes sistemàtiques per una cohort d'edat o per un grup específic. •Per defecte en vacunes que es recomanen només en grups especials de risc, sobretot en < de 60 anys. 	<p>Posar al dia el calendari vacunal.</p> <p>Recordar que la vacunació no acaba a la infància i que tot adult ha de tenir també el seu carnet vacunal.</p> <p>La factura de les vacunes a Catalunya suposa l'1% de la despesa farmacèutica.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Impacte en la despesa. A -Facilitat d'implementació C -Temps necessari. A
Vacuna Antigripal ³	Vegeu calendari vacunal de l'adult ⁴	<ul style="list-style-type: none"> •Correcte en ≥ 65 anys (superen el 70%). •Per defecte en gestants, <60 anys amb indicació i en sanitaris assistencials i altres col·lectius que realitzen serveis essencials per a la comunitat, com ara policies, bombers, personal de protecció civil, etc. 	<p>Com a objectiu operacional a mig termini, es proposa aconseguir una cobertura de vacunació antigripal del 75% en els grups de població identificats com a grups de risc elevat.</p> <p>Anàlisis econòmiques mostren que el cost-benefici és major en grups de risc.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Impacte en la despesa: <ul style="list-style-type: none"> • a curt termini C, • a mig termini A -Facilitat d'implementació A -Temps necessari. A
Vacuna antipneumo còccica 23V	Vegeu calendari vacunal de l'adult ⁴	<ul style="list-style-type: none"> •Correcte en malalts amb immunodeficiències que es controlen a l'hospital. •Per defecte en ≥ 60 anys i en malalties cròniques. 	<p>Vacuna controvertida; potser no cal fer massa esforç a augmentar la seva cobertura vacunal.</p>
Vacuna anti hepatitis A ^{5,6}	Vegeu calendari vacunal de l'adult ⁴	<ul style="list-style-type: none"> •Correcte en nascuts a Catalunya a partir del 1986; són les cohorts que s'han beneficiat del programa pilot de la vacunació antihepatitis A + B. •Per defecte en nascuts entre el 1960 i 1985. 	<p>En els indicacions de la vacuna antihepatitis A, l'edat ha anat pujant i el que es recomana és suggerir una data i no una edat. Si es vol posar una data, que cada vegada es qüestiona més, es recomana a nascuts a partir de l'any 1960.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Impacte en la despesa. A

			-Facilitat d'implementació C -Temps necessari. A
Vacuna anti hepatitis B	Vegeu calendari vacunal de l'adult ⁴	<p>•Correcte en nascuts a Catalunya a partir de l'any 1980, professionals i estudiants de ciències de la salut i en els grups de risc "controlats".</p> <p>•Per defecte en infectats pel virus de l'hepatitis C i col·lectius d'indicació "no tutelats".</p>	<p>Les DPO han ajudat a millorar la cobertura d'aquesta vacuna en les hepatopaties pel virus de l'hepatitis C.</p> <p>-Impacte en la despesa. A</p> <p>-Facilitat d'implementació C</p> <p>-Temps necessari. A</p>
Vacuna anti tetànica ^{7,8}	S'administra conjuntament amb l'antidiftèrica. Vegeu calendari vacunal de l'adult ⁴	<p>•Per excés en les dosis de record.</p> <p>•Per defecte en dones majors de 50 anys.</p>	<p>El desconeixement de les noves recomanacions del Ministerio de Sanidad i de la Direcció General de Salut Pública fan que es segueixin posant excessives dosis de record així com davant de ferides.</p> <p>Les DPO han ajudat a millorar la cobertura d'aquesta vacuna.</p> <p>-Impacte en la despesa. A</p> <p>-Facilitat d'implementació B</p> <p>-Temps necessari. A</p>
Vacunació del viatger	Protocols segons viatge i país a visitar ⁹	<p>Correcte en els centres de vacunació internacionals. En apropar-se l'estiu la seva llista d'espera és molt important.</p> <p>Per defecte: en els CAP, en part a causa de la falta de formació de molts professionals i a la manca d'informació de la població que creu que aquesta posada al dia de les seves vacunes només la pot assumir un centre especialitzat.</p>	<p>La majoria de viatges que fa la nostra població no requereixen vacunes que no es tinguin als Centres de Salut.</p> <p>La vacunació dels viatgers suposa una gran oportunitat per posar al dia el seu calendari vacunal.</p> <p>Els pocs CAP's que tenen una consulta de "viatger" han demostrat la seva eficiència.</p> <p>-Impacte en la despesa</p> <ul style="list-style-type: none"> • a curt terme C, • a mig terme generaran guanys. <p>-Facilitat d'implementació B</p> <p>-Temps necessari. B</p>

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Calendari Vacunal de adult. DECRET 219/2008, d'11 de novembre, pel qual s'estableix el calendari de vacunacions sistemàtiques. URL disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2081/doc26971.html>
- 2.- M. J. Álvarez Pasquín, C. Batalla Martínez, E. Comín Bertran, J. J. Gómez Marco, J. Pericas Bosch, J. Rufino González, S. Martín Martín, M. L. Morató Agustí, J. Puig Barberá, P. Aldaz Herce e I. Pachón del Amo. Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. URL disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/PREV%20ENF%20INFECCIOSAS.pdf>
- 3.- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció general de Salut Pública .Programa de Vacunacions. Guia tècnica per a la campanya de vacunació antigripal estacional 2011- 12. URL disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2084/quatecgrip08.pdf>
- 4.- Morató ML, Alvarez MJ, Gomez J, Puig J, Aresté N, Lucio E. Capitulo 11. Vacunas recomendadas en Adultos. En: Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SemFYC. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 3ª Ed.Barcelona: SemFYC, 2010;257-277.
- 5.- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. El Programa pilot de vacunació antihepatítica A+B (VHA+B), Decret 60/1999, de 9 de març.
- 6.- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DECRET 219/2008, d'11 de novembre per el qual s'estableix la pròrroga fins el curs escolar 2013- 14. URL disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2081/doc26971.html>
- 7.- Grupo de trabajo para la actualización del capítulo sobre vacuna de tétanos y difteria del documento "Vacunación en adultos".Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacunación en Adultos . Recomendaciones. Vacuna de difteria y tétanos Actualización 2009. URL disponible a: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf
- 8.- Morató Agustí ML, Serra Torres A, Robles Raya P. Vacunación del adolescente y del adulto: nuevas pautas para una «vieja» vacuna, la antitetànica. AMF 2009;5(4):210-214
- 9.- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Consells i vacunacions a viatgers internacionals. URL disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2019/csvacviat.htm>

OSTEOPOROSI. PREVENCIÓ DE FRACTURES

LOCALITZACIÓ	PROPOSTA RECOMANADA	FREQÜÈNCIA ACTUAL	COMENTARIS
ÒS (OSTEOPOROSI i Fractures per Fragilitat)¹	<p>DENSITOMETRIA Només es realitzarà davant la sospita de la presència de 2 o més FR clínic majors o 1FR clínic major + 2 o > FR clínics menors, relacionats amb la disminució de la DMO (Densitat mineral òssia) i risc de fractura per fragilitat.</p> <p>TRACTAMENT PREVENTIU FRACTURA ÒSSIA: 1) FARMACOLÒGIC, actua sobre la densitat mineral òssia</p>	<p>Correcte Davant la sospita de disminució de DMO i risc de fractura per fragilitat. Interval: mínim 2 anys i sobretot si s'inicia tractament actiu.</p> <p>Per excés Fer-ho anualment i només tenir en compte la menopausa.</p> <p>Correcte T. Farmacològic si T-Score $\leq -2,5$ Per excés De manera indiscriminada recomanar suplementes de calç i Vit D, així com tractament actius per prevenir la disminució de la DMO en absència de criteris d'osteoporosi.</p>	<p>Criteris majors (RR >ó=2) (Risc de fractura per fragilitat)²: -Fractura prèvia per fragilitat. -Antecedents familiars de fractura de maluc (pares i/o germans). -Tenir 65 anys o més. -IMC inferior a 20Kg/m2. -Tractament amb glucocorticoides. (5mg ó > de prednisolona o dosis equivalents d'altres glucocorticoides en els últims 3 mesos o més.) -Insuficiència ovàrica prematura sense tractament. -Caigudes en l'últim any. -Hiperparatiroidisme. -T.de la conducta alimentària (anorèxia, bulímia). - Malnutrició crònica i malabsorció.</p> <p>Criteris menors (1>RR<2): -Consumir <3u d'alcohol/dia (10gr=unitat). -Fumador actual. -Diabetis tipus I. -Artritis Reumatoide. -Hipertiroidisme. -Sexe femení. -Menopausa precoç (40-45anys).</p> <p>S'hauria d'iniciar amb BIFOSFONATS^{3,4,5}, si no hi ha contraindicació. Valorar, sempre, nivells de calç i vit D i corregir-los si així ho requereix el cas.</p>

	2) PREVENCIÓ CAIGUDES, actua sobre la fragilitat òssia	Correcte De tipus educacional i correcció de les barreres pròpies o de l'entorn (visió, oïda, etc.).	
El seguiment adequat del protocol implicaria: <ul style="list-style-type: none">• Reducció de la despesa (A)• Facilitat d'implementació (A)• Temps (A)			

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/02.
- 2.- Tebé C, Espallargues M, Estrada MD, Casas L, del Río LM, Di Gregorio S. *Análisis de los factores de riesgo y la probabilidad de fractura por fragilidad en una cohorte de mujeres con indicación de densitometría ósea*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2009/04
- 3.- *Recomendaciones para el manejo de la osteoporosis en atención primaria*. Eduardo Carrasco, José Gálvez, Isabel M Hidalgo, Luís F Linares, Pilar Marín, Carlos Marras, Herminia Martínez, Francisco J Martínez, Adriana Mocciaro, Pedro Pérez, Encarnación Sáiz Sociedad Murciana de Ginecología (SEGO), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-MURCIA), Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFYC) y Sociedad Murciana de Reumatología (SMR). URL *disponible a:*
http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13560/es/guia_osteoporosis.pdf
- 4.- [Schousboe JT](#), [Taylor BC](#), [Fink HA](#), [Kane RL](#), [Cummings SR](#), [Orwoll ES](#), [Melton LJ 3rd](#), [Bauer DC](#), [Ensrud KE](#). Cost-effectiveness of bone densitometry followed by treatment of osteoporosis in older men. JAMA. 2007;298(6):629-37.
- 5.- [Pham AN](#), [Datta SK](#), [Weber TJ](#), [Walter LC](#), [Colón-Emeric CS](#). Cost-Effectiveness of Oral Bisphosphonates for Osteoporosis at Different Ages and Levels of Life Expectancy. J Am Geriatr Soc. 2011 Aug 30. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03571.x.

ALTRES PROGRAMES

PROGRAMA	PROPOSTA	PRACTICA ACTUAL	COMENTARI
<i>Salut i escola</i>	Suprimir el programa mentre no es demostrï clarament la seva eficiència	Segons el programa suposa la dedicació de 2-3 hores setmanals de professionals dels EAP a cada centre d'ESO.	No s'ha publicat cap avaluació del programa. Extrapolant les dades publicades es dedueix un baix rendiment global del programa.
<i>Onada de calor</i>	Incorporar els consells sobre el maneig de les altes temperatures ambientals a les activitats de cura habitual de la consulta i no com un programa específic.	Es recomana que a la temporada d'estiu les infermeres es posin en contacte i visitin les persones 'fràgils' per a comunicar-los les mesures de prevenció de malalties relacionades amb les altes temperatures.	No està clara l'eficàcia d'aquesta mesura. Els estudis publicats són estudis abans-després amb diversos tipus d'intervencions, pel que no s'ha demostrat la seva eficàcia.

- Reducció de la despesa (C)
- Facilitat d'implementació (A)
- Temps (B)

1. Incentivar estils de vida saludables

- NO FUMAR és la prioritat en prevenció.
 - Mantenir una vida físicament activa.
 - Fer una dieta sana, adequada a les necessitats calòriques de cada individu.
 - Educar en l'autonomia de les persones perquè puguin cuidar la seva pròpia salut.
- (Els continguts d'aquests missatges de salut han de ser coincidents amb les prioritats de la societat i amb les polítiques de salut pública.)

2. Prevenció cardiovascular.

- NO FUMAR és la prioritat en prevenció.
- Mantenir estils de vida saludables i una dieta adequada.
- Intervenir amb fàrmacs només si s'acompleixen les següents condicions.
 - El diagnòstic s'ha fet correctament.
 - S'ha avaluat el risc amb criteris de consens (p. ex.: REGICOR).
 - El benefici s'ha d'haver demostrat a les poblacions objecte de tractament.

3. Prevenció del càncer.

- NO FUMAR és la prioritat en prevenció.
 - Mantenir estils de vida saludables i una dieta adequada.
 - Mantenir la pràctica del cribratge de càncer de mama i de coll d'úter.
 - Avaluar les iniciatives dutes a terme en el cribratge de càncer colorectal.
 - Desincentivar el cribratge de càncer de pròstata.
- (Assegurar un adequat control de qualitat de tots els programes de cribratge).

4. Prevenció en malalties infeccioses de l'adolescent i l'adult

- Adaptar les pautes vacunals al calendari vigent.
- Completar les dosis que falten en funció del calendari vacunal aportat per la persona.
- Conèixer adequadament les noves pautes vacunals de vacunes ben conegudes (p.ex.-tètanus) implica menys dosis i un estalvi no despreciable.

(Mai reiniciar una vacunació: «dosi posada, dosi comptada»).

5. Osteoporosi. Prevenció de fractures

- Indicar la densitometria només quan està indicada per criteris de consens.
- Tractar només casos definits d'osteoporosi.

(La pràctica indiscriminada de densitometria i el tractament de casos que no compleixen els criteris d'osteoporosi representa una despesa important no justificada).

6. Altres programes específics

Caldria establir una moratòria amb els programes específics de salut no avaluats prèviament (p.ex.: onada de calor) o que requereixen del personal dels centres (p.ex.: salut i escola).

Resum de propostes de racionalització en activitats preventives i de promoció de la salut