

La Xunta de Galicia aprobó ayer el último borrador sin modificaciones

## Demora máxima de 180 días y movilidad geográfica limitada, claves de la Losga

El Consejo de Gobierno de la Xunta de Galicia aprobó ayer el proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria (Losga), un texto "muy avanzado que introduce conceptos muy no-

vedosos en la gestión sanitaria", según el presidente, Manuel Fraga. Una demora máxima quirúrgica de 180 días y la movilidad geográfica limitada son claves en la norma.

El Ejecutivo autonómico sostiene que ha tenido en cuenta las aportaciones del sector, especialmente las del Consejo Gallego de Colegios Médicos. Además, la Xunta declara su disposición a incorporar más alteraciones en el trámite par-

lamentario. Junto a la movilidad geográfica limitada y las garantías para acceder a una operación quirúrgica en un plazo máximo de 180 días, la Losga establece, aunque no desarrolla, la carrera profesional, articula la Red Gallega de Atención

Sanitaria de Utilización Pública que incluye a los centros públicos y concertados y allana el camino a la coordinación sanitaria con otras administraciones, tanto autonómicas como nacionales y extranjeras.

(Pág. 3)

Con independencia de la terapia

## El diagnóstico correcto del síndrome vaso-vagal reduce las recurrencias

Diagnosticar adecuadamente el síndrome vaso-vagal disminuye el número de recurrencias, según una investigación presentada por Concepción Mero, del Hospital Ramón y Cajal, en la XIV Reunión de Arritmias de Madrid, que coordina junto con Jerónimo Farré, de la Fundación Jiménez Díaz. "Cuando a los enfermos con un síndrome vaso-

vagal se les informa de su trastorno y se les sugieren medidas terapéuticas, se reducen notablemente las recurrencias". Y con independencia del tratamiento que se quiere (farmacos o marcapasos), el paciente sufre. Farré se ha referido en la reunión a las dudas sobre determinadas indicaciones de los desfibriladores automáticos.

(Pág. 10)



Concepción Mero, cardióloga del Hospital Ramón y Cajal

Cataluña lleva la norma al Constitucional por invadir competencias

## La Ley de Autonomía del Paciente impide cancelar datos de la propia HC en cinco años

"La Ley 41/2002, básica de Autonomía del Paciente, permite, al menos durante cinco años, que se niegue el derecho del paciente a la cancelación de sus datos sanitarios", según ha declara-

do Alfonso Arela, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Vizcaya. El jurista, que ha participado en unas jornadas organizadas por el Instituto de Fomento Sanitario, ha llegado a esta con-

clusión después de interpretar y confrontar la nueva norma con la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Por otro lado, Cataluña ha recurrido ante el Tribunal Constitucional la Ley

41/2002, por invadir competencias autonómicas. Concretamente, se recurre los preceptos referidos a la gestión y archivo de la historia clínica y el alta hospitalaria.

(Págs. 6 y 7)

Tres años de una iniciativa pionera

## Lentitud y complejidad lastran la carrera profesional de Navarra

La carrera profesional en Navarra no ha terminado de implantarse correctamente después de tres años de funcionamiento. Uno de los problemas más importantes que han denunciado los sindicatos es la lentitud en ciertos trámites imprescindibles.

La complejidad de la norma, los problemas en su interpretación y lo limitado de las retribuciones han provocado que hasta el momento no haya sido todo lo incentivadora que se esperaba y que alrededor de un tercio de los médicos aún

no se hayan incorporado.

Fernando Anagra, abogado del Sindicato Médico de Navarra, explica que "el sistema es muy fatigoso, pues hace falta presentar mucha documentación y los médicos necesitan asesorarse porque se ven incapaces de llevar por sí mismos el desarrollo de su evolución, e incluso se han cometido errores en los papeles".

(Pág. 9)

Pian paralizado

## Andalucía: la atención al médico enfermo, sin apoyo oficial

El Plan de Atención Integral al Médico Enfermo en Andalucía ha quedado paralizado por la falta de financiación pública. El Consejo Andaluz de Colegios de Médicos mantendrá una partida económica para finalizar la asistencia de los médicos integrados ya en el plan.

(Pág. 8)

BY-PASS

HIPOCONDRIA

Muchos programas populares de salud son un buen caldo de cultivo para la hipochondria.

PLUTARCO

PRIMARIA 3

Se debe restringir el estudio promocional

Clara Pujol, del IC5, señala que se deberían restringir en toda España los estudios promocionales en AP.

HEPATOLOGIA 13

Más eficacia en VHC con la monitorización

El interferón pegilado junto con ribavirina logra una elevada remisión en los genotipos II y III del VHC.

NEUROLOGIA 13

Remite la epidemia de ECJ en Gran Bretaña

Hasta finales de 2002 en Gran Bretaña habían fallecido 121 personas por la nueva variante de ECJ.

CURSO AP 18

Principios básicos sobre el tabaquismo

El consumo de tabaco es, actualmente, el principal problema de salud pública en España.

# Toraseptol

Azitromicina

Grupo Vita



# TECNOLOGIA Médica y Sanitaria

DIRECCION DE INTERNET:  
http://www.diariomedico.com

CORREO ELECTRONICO:  
dminternet@recoletos.es

## Embolizar miomas uterinos reduce la estancia y el riesgo

● Isabel Pinto, del Hospital de Madrid, defiende su utilización

Los miomas uterinos son los tumores sólidos más frecuentes del aparato genital femenino y se suelen abordar con histerectomías. Las altas tasas de morbilidad (el 38 por ciento) y mortalidad (0,5 por mil) de esta cirugía, así como la limitación de recursos, han dado lugar a la búsqueda de alternativas. Isabel Pinto, radióloga intervencionista del Hospital Madrid-Montepríncipe, ha realizado un estudio, publicado en el último número de *Radiology*, que demuestra las ventajas de la embolización de los miomas uterinos frente al tradicional -e invasivo- abordaje. "Al embolizar los miomas no es necesario someter a las pacientes a una intervención quirúrgica, con lo que se eliminan los riesgos del quirófano y de la anestesia. Además, se evita la extirpación del útero y se consiguen ventajas en cuanto a la estancia de la paciente en el hospital y su reingreso a la vida normal. El empleo de esta técnica es eficaz en el 87 por ciento de las pacientes aquejadas de sangrado uterino y ha demostrado ser segura y tener una menor incidencia de complicaciones mayores que la histerectomía, por lo que debería ofrecerse como tratamiento alternativo en pacientes con miomas uterinos sangrantes", ha explicado a DM.

### Ventajas

El perfil de pacientes que pueden acceder a este tratamiento es de mujeres entre 35 y 45 años con hipermenorrea, que pueden presentar anemias importantes y con un mioma intramural entre 5 y 10 centímetros. "En el estudio hemos descubierto que el 87 por ciento de las pacientes se curaban, dejaban de sangrar y el tamaño del mioma disminuía. Además, en la comparación con la histerectomía hemos encontrado algunas ventajas de interés, ya que la embolización tiene una estancia media de 9,5 días, frente a los 36,18 días de estancia media que han de soportar las pacientes que se someten a una intervención tradicional y permite a las pacientes reincorporarse antes a sus vidas, lo que



Isabel Pinto apuesta por la extensión de la embolización en miomas uterinos con sangrado.

convierte a la embolización en una técnica coste-efectiva. James Spies, del Hospital Georgetown, de Washington, en Estados Unidos, ha realizado un estudio de costes de ambas terapias y la diferencia es de casi 1.000 dólares (1.000 euros, en torno a 160.000 pesetas) a favor de la embolización. Además, esta técnica evita

la existencia de complicaciones mayores, que si aparecen en la histerectomía. Eso sin hablar de la extirpación del útero."

Esta técnica todavía no está extendida en España, a pesar de que la embolización se utiliza comúnmente para tratar tumores en otras partes del cuerpo. "Ahora mismo estamos en una fase

en la que, para su extensión, es necesario que los especialistas en ginecología se convengan de las ventajas de este abordaje de los miomas"

■ (*Radiology* 2002, 10.1148/radiol.26201171)

■ (*Journal of Vascular and Interventional Radiology* 13:1207-1210.2002)

■ Daniel Aparicio

## Antes y después

El proceso se lleva a cabo a través de la ingle, por donde pasa la arteria femoral.

Después de desinfectar la zona con un antiséptico se inyecta un anestésico local con una

aguja muy fina. Al cabo de un minuto la piel está anestesiada y se procede a puncionar la arteria con una aguja más gruesa. Una vez dentro de la arteria, se introduce un catéter y se va navegando hasta llegar a las arterias que llevan la sangre al útero y a los miomas. Todo esto se hace guiándose a través de un control radiológico.

Una vez con el catéter en su sitio, se introducen unas partículas de muy pequeño tamaño, que van cerrando las



arterias que alimentan a los miomas.

Terminado el procedimiento, se extrae el catéter y se hace una compresión local con la mano, igual que se hace cuando se aplica una

inyección a la vena. Después de esta compresión, la paciente es llevada a su habitación, donde deberá permanecer ingresada durante unas 18-24 horas. Durante ese periodo podrá comer, leer y ver televisión con normalidad. Después de dormir una noche en la clínica, al despertar por la mañana, en general la paciente se encuentra en condiciones de ser dada de alta. En la imagen de la derecha, un mioma antes del embolismo y en la izquierda, el post-embolizado.



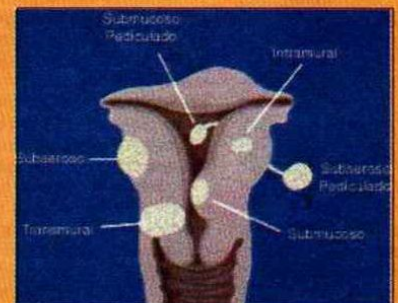
Imagen de un catéter en la arteria uterina derecha. Gracias a la introducción de contraste por el catéter se consigue delimitar dos miomas de gran tamaño.



La confirmación de la existencia de un mioma uterino suele hacerse a través de una ecografía o ultrasonografía.



La intervención se realiza por la femoral. Se introduce el catéter para llegar a las arterias que llevan la sangre al útero y a los miomas.



Según su localización en el útero, los miomas pueden ser submucosos, subserosos, intramurales y transmural.