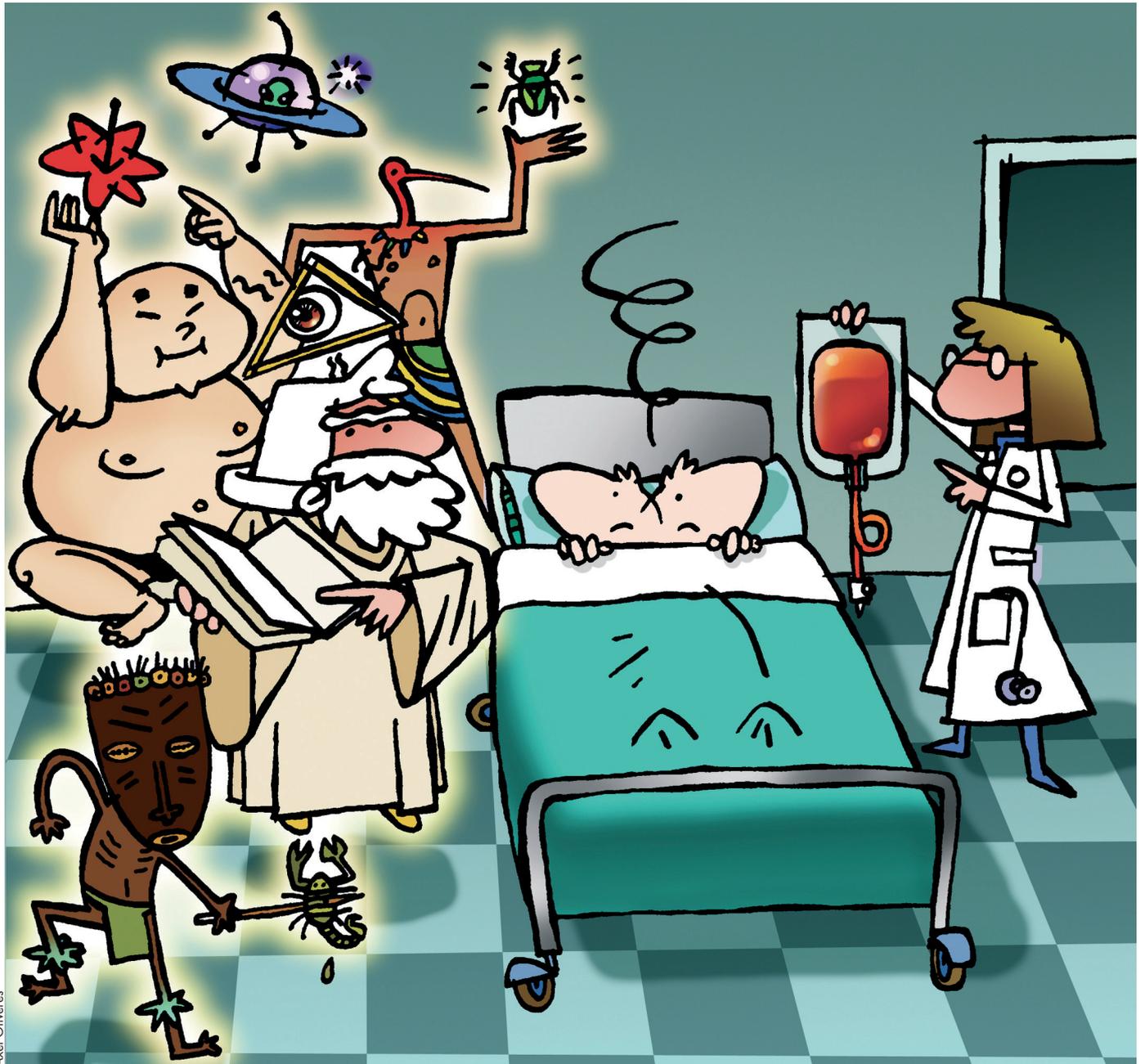


Hablemos de...

Transfusión en testigos de Jehová

JUAN VIÑAS SALAS

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Universidad de Lleida. Lleida. España.



Áxel Oliveres

Puntos clave

- La autonomía del paciente y el principio de beneficencia están al mismo nivel y por ello el paciente puede aceptar o rechazar la propuesta de actuación del médico.
- El principio de justicia y el de no maleficencia están por encima de la autonomía del paciente.
- Los comités de ética asistencial son de ayuda inestimable para dirimir los casos conflictivos.
- El juez decide en el caso de los menores.

En la práctica médica en nuestro país, ocurre ya con cierta frecuencia que un paciente nos indique durante la anamnesis que es testigo de Jehová y no acepta una transfusión de sangre.

Este hecho nos ocasiona una distorsión en nuestro plan de tratamiento de las guías de práctica clínica. ¿Qué debemos hacer?

Las reacciones de la mayoría de los médicos y diplomados universitarios de enfermería es de rechazo a estos pacientes. La respuesta habitual suele ser: “el tratamiento científico requiere que tengamos libertad para practicarle una transfusión si sucede una complicación y, por lo tanto, o firma usted el consentimiento informado aceptando la transfusión o el alta voluntaria o vaya usted a otro centro sanitario”. ¿Es ésta la única alternativa? Expondré las distintas disyuntivas con sus problemas éticos.

La bioética moderna como disciplina nació en 1970 con Potter¹ en Estados Unidos, donde se crearon los comités asistenciales de bioética en los hospitales, que se han generalizado al ser obligatorios para obtener la acreditación y, por tanto, recibir fondos federales. En España, el primer comité de ética asistencial lo fundó el Dr. Francesc Abel² en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, en 1974, y la bioética como disciplina universitaria se imparte de manera obligatoria, por el momento, sólo en 3 facultades de medicina: Lleida, Madrid y Sevilla.

Existen 4 principios de bioética universalmente aceptados después de la aprobación del informe Belmont³ sobre la investigación biomédica y el libro de principios de bioética de Beauchamp y Childress⁴: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. Aunque el principialismo no es el único método de la bioética y existen otros principios como el de la solidaridad, ampliamente aceptado en Europa, seguiré este método y haré algunas referencias a otros, como el comunitarismo o la ética del cuidado.

En la práctica clínica, hoy se considera que la autonomía del enfermo es un derecho que el profesional de la salud debe respetar. Cuando surgen problemas de discrepancias entre los principios, se debe proceder a priorizarlos. Si el paciente solicita que se le practique un acto médico que el médico considera inapropiado o no ético: ¿qué criterio debe prevalecer, el del médico o el del enfermo?

En nuestro país, Gracia⁵, ante la disyuntiva de tener que priorizar los principios, propone que la no maleficencia y la justicia son principios *prima facie* y, por tanto, prevalecen sobre el de beneficencia y el de autonomía, ya que estos últimos pertenecen al ámbito individual y, por tanto, menos impondibles a las de ámbito social, por el bien común. Si la autonomía o el criterio del enfermo están al mismo nivel que el de beneficencia o el criterio del médico de tratar de hacerle el bien, no se puede imponer uno al otro. ¿Cómo resolvemos el problema de los testigos de Jehová o de cualquier persona que rehúsa un tratamiento propuesto por el médico?

Los médicos recibimos una formación científica, tanto en el pregrado como en el posgrado, en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están bastante estandarizados en los

El paciente tiene derecho, por su autonomía, a aceptar o rechazar la propuesta de actuación o criterio del médico.

El principio de autonomía y el principio de beneficencia están al mismo nivel. El principio de justicia está por encima del principio de autonomía.

Es necesario atender a la persona de manera holística, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

libros y las publicaciones científicas periódicas son esenciales para la constante puesta al día y mantener la calidad asistencial.

Los aspectos emocionales y espirituales que todo ser humano tenemos no suelen ser tenidos en cuenta en una visión puramente científico-técnica del acto médico. Demasiadas veces los profesionales de la salud olvidamos que las personas no son robots que se estropean y debemos arreglar, quitar o sustituir la parte que no funciona bien, sino que en una visión holística tenemos un componente físico, otro mental, otro emocional-social y otro espiritual, y todos ellos tienen unas necesidades.

Las personas tenemos necesidades físicas, especialmente la salud, que cuando falla es lo que trata casi en exclusiva el sistema sanitario, pero la salud no es sólo eso, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya la definió en 1947 como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no la sola ausencia de enfermedades. Por lo tanto, la vivencia del paciente de su estado de salud, su biografía, repercuten en cómo afronta la enfermedad; son los componentes mentales los conocimientos que tiene al respecto; los emocionales, las vivencias y experiencias anteriores; los sociales, la familia, el trabajo, los cuidadores y amigos; y los espirituales, la angustia que produce la incertidumbre sobre su futuro, las respuestas que se da a las preguntas existenciales: ¿por qué a mí?, ¿qué será de mí?

Respetar la autonomía del enfermo es un derecho reconocido en la legislación y es un deber ético de todo profesional de la salud no imponerle nuestra superior autoridad, pues vivimos en un Estado democrático y libre. Es una falacia pensar que el enfermo y el médico están en el mismo nivel, que pueden tener una relación de tú a tú en la defensa de sus derechos. Cuando enfermamos y nos duele una parte del organismo o sufrimos debilidad, siempre estamos en inferioridad de condiciones y por eso acudimos al médico para que nos ayude. La relación profesional de la salud con el enfermo es, pues, siempre asimétrica.

Un médico no puede actuar como un vendedor en una tienda en que ofrece al cliente el catálogo con los distintos productos y marcas para que elija. Es misión del médico aconsejar el mejor tratamiento, ofrecerle su ayuda, dar consejos al enfermo, no dejarle solo en la toma de decisiones sobre su salud, en una falsa seguridad de hacer medicina defensiva, deontológicamente incorrecta. Pero el que finalmente decide es el enfermo. El médico no puede imponer su criterio, pues autonomía y beneficencia están en el mismo nivel jerárquico de principios bioéticos.

La asistencia sanitaria no tiene obligación de resultados: una intervención quirúrgica nunca garantiza al 100% un buen resultado; siempre hay un riesgo de mortalidad y de morbilidad: efectos secundarios, complicaciones y secuelas. La calidad asistencial se mide estadísticamente, no sirve con un caso individual (si una intervención tiene el 10% de mortalidad, un buen cirujano debe tener claro ese 10%, lo cual quiere decir que de cada 100 pacientes que opere se le morirán 10). Por tanto, no podemos asegurar al paciente la curación con toda certeza.

Los testigos de Jehová aducen la autonomía del enfermo y el Estado democrático y de derecho y el Estado de libertades y

del bienestar que disfrutamos con asistencia gratuita y universal, para pedir respeto a sus creencias y, por tanto, la garantía de que serán tratados respetando que no se les administrará sangre ni sus derivados.

Las razones que alegan son su religión, con su fe cristiana que interpreta algunos pasajes del Nuevo Testamento de la Biblia al pie de la letra, como éste⁶: “Hemos decidido el Espíritu Santo y Nosotros no imponeros más cargas que éstas indispensables: abstenerse de lo sacrificado a los ídolos, de la sangre, de los animales estrangulados y de la impureza. Haréis bien en guardaros de estas cosas”.

En aquel tiempo se creía que el alma estaba vinculada a la sangre, pues los que se desangraban iban perdiendo fuerzas: “el ánimo” y acababan muriendo, método utilizado también por los romanos para suicidarse. Manipular “el alma”, lo más íntimo y sagrado de las personas, estaba, pues, prohibido, era una profanación que llevaba a la condenación eterna en la otra vida. A lo largo de la historia, el alma ha pasado a estar en el corazón (era lo último que dejaba de latir para considerarlo muerto) y hoy día la muerte se relaciona con la destrucción del córtex cerebral, permitiéndose la extracción de órganos para trasplante al considerar ya muerta a la persona.

Intentar dialogar de religión y de puesta al día y de teología y de inculturación de la fe a lo largo de la historia con los testigos de Jehová, para que reconsideren su posición y acepten una transfusión en momentos de tensión por la urgencia o la enfermedad de uno de ellos, casi seguro está abocado al fracaso, aunque no siempre sus líderes religiosos estuvieron en contra de las transfusiones ni todos los pastores han tenido posiciones iguales.

El diálogo personal entre el enfermo y el médico en la intimidad sí que permite llegar a mejores resultados, siempre con la condición de que el médico actúe empáticamente, poniéndose en la “piel del paciente”, tomándole de manera holística, comprendiendo su grave problema, el sacrificio enorme que está haciendo de jugarse su vida por sus creencias, la posición crítica en la que se encuentra en que si “cede” y se deja hacer la transfusión para salvar su vida pierde “su alma” y será un “muerto viviente” el resto de su vida mortal y después de la muerte irá a la condenación eterna. Los testigos de Jehová no son suicidas que desprecian su vida, sino todo lo contrario, procuran llevar una vida ordenada, sana, sin fumar, sin tomar drogas, sin excesos, de manera que, dicen ellos, sufren menos enfermedades y, por lo tanto, cuestan menos dinero a la sanidad pública.

A título personal y con este diálogo médico-enfermo, es posible llegar, en ocasiones, a que el enfermo acepte el tratamiento en la intimidad sin que la comunidad social en la que hacen su vida y les llena de sentido los excluya ni pierdan su fe, al considerar que “por encima de todo, Dios es bueno y sabrá perdonarles”.

Desde el punto de vista bioético, los testigos de Jehová anteponen su autonomía a la beneficencia del médico; este aspecto merece ser respetado por la

libertad democrática, porque ambos principios están en el mismo nivel de exigencia. Pero tampoco ellos pueden imponer al médico sus deseos de tratamiento, pues éste tiene el principio de beneficencia. No obstante, el problema surge al relacionarlo con el principio de no maleficencia que aducen los profesionales de la salud y el de justicia de los gestores que administran recursos escasos y deben hacerlo de manera ética.

Si se considera maleficente no administrarle la transfusión o el tratamiento, hoy aceptado de buena práctica clínica, el médico no debe colaborar con los deseos del enfermo y abstenerse por problemas de conciencia, aduciendo su derecho a la objeción de conciencia, y remitir al enfermo a un compañero que esté de acuerdo en tratarlo, pues aborda el tema sin considerar maleficente no transfundir y someter al enfermo a un mayor riesgo, incluso a la muerte, al respetar sus creencias.

Si se considera contrario al principio de justicia, aceptar no transfundirle y administrarle alternativamente hierro endovenoso y sustancias como la eritropoyetina y mantenerlo muchos más días ingresado —pues es usar mal los recursos, escasos, de la sanidad pública y, por lo tanto, se impide a otros enfermos su ingreso y se desequilibra el presupuesto del centro sanitario—, no se puede aceptar la voluntad del testigo de Jehová, pues el principio de justicia es de rango superior y más universal que el de autonomía.

Si consideramos que se ataca los principios de no maleficencia y de justicia, lo correcto es exigir al enfermo que acepte el tratamiento propuesto o firme el alta voluntaria y se vaya a otro centro donde lo acepten con otra valoración

ética distinta y le traten según su voluntad sin sangre ni sus derivados. Otra solución muy prodigada en nuestros centros es telefonar al juez de guardia y pedirle una autorización para la transfusión en contra de la voluntad del enfermo, sus familiares y su comunidad religiosa, con el pastor a la cabeza.

En realidad este abordaje bioético de la asistencia sanitaria se acepta socialmente y se exige en el caso de los enfermos psiquiátricos, que muchas veces son ingresados en contra de su voluntad (atacando el

principio de autonomía) al hacer prevalecer el principio de no maleficencia (el paciente se puede dañar a sí mismo y no está cuerdo, por lo que no puede ejercer su autonomía) y el de justicia (el paciente puede hacer daño a los demás con su comportamiento). El médico tiene la autoridad de ingresarlo de urgencia en contra de su voluntad y a las 24 horas debe comunicarlo al juez, que le quita la autonomía para que quede bajo su tutela.

Si aplicamos la ética del cuidado al abordaje de la persona en sus componentes holísticos físico, emocional, social, mental y espiritual, seremos más respetuosos con su voluntad, con sus aspectos emocionales y espirituales, en lugar de abandonarle a su suerte exigiéndole que firme el alta voluntaria o acepte al completo nuestro tratamiento científico según el estado actual del conocimiento médico, con la imposición del juez.

Si respetamos las creencias de todas las personas (desde el ateísmo al budismo, el islam, el cristianismo, el ju-

Necesidad de empatía con el enfermo, ponerse en su piel, comprender su posición y desde ella construir la relación y el plan de atención: diagnóstico, terapéutico y de cuidados.

Con un comité de ética asistencial que proponga una guía de buena práctica clínica para la asistencia a los pacientes que se niegan a una transfusión de sangre o derivados, se resuelve la mayoría de los casos sin más problemas, aceptando llegar a límites más bajos de hemoglobina.

Si un médico no quiere tratar al paciente, puede objetar en conciencia y pasarlo a otro colega.

daísmo, el agnosticismo, etc.), debemos hacer el esfuerzo de adaptar la asistencia sanitaria a sus requerimientos, en un equilibrio a veces muy difícil, pero las más de las veces posible. Sólo se requiere una apertura de miras, dejar de lado el dogmatismo del positivismo y admitir otras maneras de entender la vida.

Desde el aspecto legal, los jueces han ido evolucionando con los años de democracia en nuestro país, y de las clásicas autorizaciones emitidas casi sistemáticamente por ellos hace 20 años, indicando que la vida está por encima de las creencias y, por lo tanto, aplicando la Constitución española, el médico debía estar a favor de la vida y ponerle la sangre aun en contra de la voluntad del enfermo, ahora muchos jueces se lavan las manos devolviendo al sistema sanitario la toma de la decisión, pues se trata de un tratamiento: “aplique usted la buena praxis médica”; “si después hay una denuncia, sea por la muerte del enfermo al no ponerle la transfusión —hecha por un familiar no testigo de Jehová— o sea por los testigos de Jehová por haber sido forzado a la transfusión en contra de la autonomía del enfermo y tratarse de tortura, entonces ya actuaremos e iremos creando jurisprudencia”.

Es interesante comentar una sentencia del Tribunal Supremo, aunque este artículo no pretende ser —ni puede serlo— de contenido legal. A un hospital público acudió una familia con su hijo de 13 años enfermo de leucemia que necesitaba una transfusión. En la unidad de cuidados intensivos se pidió autorización al juez; éste lo autorizó, el niño fue atado y con gran trauma fue transfundido, la familia exigió el alta voluntaria y fue trasladado a un centro privado que aceptó no seguir transfundiéndole. El niño murió y el caso llegó a los tribunales, especialmente para pagar la alta factura del hospital privado. En primera instancia se condenó a los padres a pagar, pero el Tribunal Supremo los consideró inocentes y que no debían pagar las costas, pues no querían la muerte del niño, lo que les hizo sufrir mucho, sino su bien, siguiendo lo que ellos consideraban bueno para el niño de 13 años, considerado menor maduro. Si siguen produciéndose sentencias en el Supremo, se llegará a crear jurisprudencia, pero para ello es necesario que más médicos se presten a ser denunciados y que las sentencias sean suficientemente concluyentes, y no parece que ahora haya voluntad de ello.

El caso de los menores de edad complica mucho el tema. El niño menor está bajo la tutela paterna y son los padres, los garantes de su salud y bienestar, quienes pueden, en un Estado democrático y libre, escoger la educación que ellos creen mejor: laica, religiosa, política, etc. Cuando el niño llegue a la mayoría de edad, ya decidirá si sigue los pasos de sus padres o cambia de creencias o política.

Aunque éste es el argumento principal que usan los testigos de Jehová para pedir que se les respete su voluntad y no se transfunda a sus hijos menores, los jueces interpretan que la muerte del niño no le permitiría llegar a adulto para poder decidir si cambia de religión y, por lo tanto, les quita la patria potestad y

autoriza la transfusión. El caso que he relatado es extraordinario y personalmente creo que fue fruto de muchas incongruencias y errores de abordaje del problema. Al final, los padres se quedaron sin su hijo y encima creyendo que se les ha condenado por siempre, habiendo vivido los gritos del joven atado para ser transfundido en el sistema público, y en cambio, en el privado no había problema ético de los médicos y profesionales de la salud, “previo pago”. No creo que el sistema sanitario pueda estar orgulloso de cómo se resolvió el caso.

En España, desde hace más de 10 años van surgiendo en los centros sanitarios los comités de ética asistencial. Fue el del Hospital de Sant Joan de Déu el primero que estudió y aprobó una guía de práctica clínica para los pacientes testigos de Jehová. Posteriormente, en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, del sector público, su comité de ética asistencial aprobó, y la junta clínica, la dirección médica y el equipo de dirección ratificaron, una guía de práctica clínica para la asistencia a los pacientes que no desean la transfusión de sangre o sus derivados⁷.

Posteriormente, otros hospitales también han tenido guías parecidas. En ellas se precisa que la transfusión es un trasplante y debe realizarse como última opción terapéutica, que en el caso de los testigos de Jehová se debe llegar a extremos de hemoglobina mucho más bajos que en los demás pacientes y que sólo en caso de grave peligro de muerte del paciente —con trastornos cardíacos u otros síntomas de intolerancia a la anemia—, se les transfundirá y se informa al paciente que a su ingreso se declara testigo de Jehová y se le pide su autorización.

Estos abordajes interdisciplinarios se hacen en los comités de ética asistencial, con participación, entre otras personas, obligatoriamente de médicos, diplomados universitarios de enfermería, juristas, personal de atención al usuario y expertos en ética. Si se trata de un caso particular, el médico que lleva el caso pasa a formar parte del comité. Usando una metodología adecuada, se discute el caso clínico y se llega a una propuesta de solución. No elimina la responsabilidad del médico, que deberá tomar la decisión, pero tiene ahora la opinión de un comité, lo que se la facilita.

Con estas guías se evita un alto porcentaje de problemas, pues en realidad las transfusiones no son necesarias para la mayoría de los ingresos hospitalarios y los actos médicos y quirúrgicos. Por lo tanto, no hace falta violentar al enfermo que debe ser sometido a una intervención quirúrgica o acto ginecológico menor. El problema surge ante una cirugía mayor en la que existe la probabilidad de necesitar sangre.

Una petición de los testigos de Jehová, que tienen sus comités de enlace con los hospitales e incluso sus médicos, es que, si el centro sanitario público no le resuelve la asistencia pues no tiene médicos no objetores de conciencia y se niegan a tratarles, que la dirección del centro les derive a otros hospitales en que sí les traten y carguen con sus costos.

Existe un amplio consenso en que la libertad y la autonomía y el derecho del enfermo a escoger tratamiento tienen el límite, aparte del de no maleficencia, del de justicia y que el sistema

Si el coste de la atención sin sangre es muy alto y desequilibra el presupuesto, el centro o el sistema sanitario no están obligados a llevarlo a cabo, pues el bien público prevalece sobre el privado.

El paciente no tiene derecho a que la sanidad pública le pague la asistencia en un hospital privado.

En el caso de los menores, hay que poner el asunto en manos del juez de guardia, que asumiendo la patria potestad autoriza al médico a aplicar la *lex artis*. Siempre se requiere un trato amable y comprensivo hacia unos padres que sufren.

sanitario no está obligado a pagar estas costas, ya que entran en el ámbito de los deseos privados del enfermo, no exigibles al sistema público.

En resumen, ¿cuál podría ser el mejor abordaje de la asistencia de los testigos de Jehová? *a)* Usar la empatía como método de comunicación en la relación clínica, como anteriormente hemos desarrollado, respetando al máximo la autonomía del paciente y sus deseos sin caer en la mala práctica clínica, *b)* en los centros sanitarios podría existir un equipo de médicos y profesionales de la salud más proclives a llegar a los límites de peligro de la vida del enfermo, de no transfundir y usar tratamientos alternativos. Incluye equipo quirúrgico y anestesiólogos. Llegado al límite de peligro vital, el diálogo personal e íntimo con el enfermo, respetando la confidencialidad y teniendo en cuenta su entorno familiar y social, permitirá llegar a una toma de posición adecuada, teniendo en cuenta que la conciencia del médico está al mismo nivel que la del enfermo y este último no puede obligar al médico a realizar un acto en contra de su conciencia personal y profesional.

Con esta solución se incrementa el coste de la asistencia a estos pocos casos de enfermos particulares, lo que iría en contra del principio de justicia, pero en su conjunto puede ser asumido por el centro, pues también puede ahorrarse otros tratamientos. Se habrá hecho una inversión al tratar al paciente en su totalidad, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales, aunque para ello hayamos de ser más tolerantes. Caso distinto es si el incremento del gasto repercute en otro paciente e impide su tratamiento:

entonces prevalecerá este último por delante del testigo de Jehová. *c)* En el caso de los menores de edad, hay que actuar comprendiendo la angustia de los padres que aman a su hijo y quieren lo mejor para él, aunque nosotros los podamos considerar equivocados. Debemos actuar con tacto, con respeto, con cariño, como describe el profesor Laín Entralgo⁸, y si se requiere la transfusión, previa autorización judicial –a no ser caso de urgencia– proceder, sin acusar a los padres.

En el caso del menor maduro el problema es más grave. Actuando siempre con respeto al paciente, se puede llegar a soluciones lo menos traumáticas y violentas posible, usando la imaginación y los medios hospitalarios a nuestro alcance. Los comités de ética asistencial son siempre un apoyo no sólo estableciendo guías de buena práctica clínica, sino asesorando en casos particulares.

Sería de desear que los pastores líderes espirituales de los testigos de Jehová, que al poner reparos a la transfusión de sangre han logrado avanzar en la investigación y a conseguir moléculas y tratamientos alternativos mejores, sean más condescendientes con su rebaño y eviten que tengan que llegar a estas situaciones de gran sufrimiento, ofreciéndoles también alternativas que sean moralmente aceptables para ellos.

Estoy convencido de que siempre se puede encontrar una solución que represente un compromiso y que las 2 partes salgan ganando, no con un perdedor y un ganador, aunque para ello se requiera sufrimiento, tiempo, paciencia y conocimientos, habilidades y actitudes para manejar estas situaciones difíciles, con profesionalidad y mirando siempre el bien del paciente.

Bibliografía



1. Potter VR. Bioethics: Bridge to the future. New Jersey: Prentice; 1971.
2. Abel F. Historia y funciones de los comités de ética asistencia. Labor Hospitalaria. 1997;244:110-8.
3. Belmont Report. En: Abel F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: Mapfre; 2001. p. 219-32.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Medical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
5. Gracia D. Procedimientos de decisión ética en clínica. Madrid: Eudema; 1991.
6. Hechos de los Apóstoles, capítulo 15, versículo 29.
7. Disponible en: www.arnau.scs.es
8. Entralgo Laín. El diagnóstico médico. Barcelona: Salvat; 1992.

Programa de formación continuada con contenidos visuales y prácticos que le ahorrarán tiempo



TODO VENTAJAS

- Es el programa oficial de formación continuada de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).
- Se presenta en formato multiplataforma. Hay una edición impresa y otra electrónica que utiliza todas las ventajas multimedia que ofrece internet. En esta última, los artículos son revisados y actualizados cada dos años.
- Cada uno de los números trata un tema monográfico de forma detallada. El resto de secciones están dirigidas a desarrollar revisiones de técnicas diagnósticas, actualizaciones de tratamientos, guías de manejo clínico, implicaciones clínicas de la investigación básica, temas de otras especialidades y artículos de opinión sobre temas candentes.
- Todos los artículos son tratados de forma atractiva, clara, cómoda y con una novedosa secuencia visual (cuadros de puntos clave, lectura rápida, bibliografías con indicadores específicos).
- PROGRAMA ACREDITADO.

A QUIÉN VA DIRIGIDO

A todos los especialistas en gastroenterología, hepatología, aparato digestivo, internistas y médicos de familia que desean mejorar su competencia profesional a través de una formación continuada de la máxima calidad.

COMPONENTES DE LA SUSCRIPCIÓN

- 6 números/año.
- Contenido adicional en internet (actualizaciones y revisiones cada dos años).
- Curso acreditado.
- CD.
- Privilegios Doyma 2005 (descuentos en artículos de informática, electrónica, libros, viajes).
- Sorteos.
- Área exclusiva del suscriptor en internet.

MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN
Papel + On-line
Sólo On-line

Infórmese de las ofertas vigentes en el teléfono **900 345 345** (llamada gratuita)

DOYMA

Su mejor fuente de consulta

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO OPIREN® FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables OPIREN® FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido de OPIREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables contiene: Lansoprazol (DOE) 15 mg Cada comprimido de OPIREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables contiene: Lansoprazol (DOE) 30 mg (Ver lista de excipientes) **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos bucodispersables gastroresistentes, redondos, planos, biselados, de color blanco a blanco amarillento, moteados con microgránulos con cubierta gastroresistente de color naranja a marrón oscuro. **DATOS CLÍNICOS** Indicaciones terapéuticas OPIREN FLAS 30 mg Tratamiento agudo de la úlcera duodenal, la úlcera gástrica y de la esofagitis por reflujo gastroesofágico. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* y prevención de recaídas de úlcera péptica en pacientes con úlceras asociadas a *H. pylori*, en combinación con los antibióticos apropiados (ver apartado "Posología y forma de administración"). Tratamiento agudo de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos durante el proceso de curación de la úlcera. Prevención de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes de riesgo (con antecedentes de úlcera gástrica) que requieran un tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroideos. Tratamiento del síndrome de Zollinger-Ellison. OPIREN FLAS 15 mg Tratamiento de mantenimiento de la esofagitis por reflujo gastroesofágico. Posología y forma de administración Los comprimidos bucodispersables de lansoprazol tienen sabor a fresa, deben introducirse en la boca sobre la lengua y chuparse despacio. El comprimido se va dispersando rápidamente en la boca, liberando los microgránulos con cubierta gastroresistente que se tragan con la saliva del paciente o con medio vaso de agua. Los comprimidos no se deben romper o masticar, ya que se rompería la cubierta gastroresistente y el lansoprazol se degradaría en el pH ácido del estómago sin llegar a ser absorbido. Para alcanzar el efecto inhibidor ácido óptimo y como consecuencia el alivio de síntomas más rápido, cuando lansoprazol se administra una vez al día se debe tomar por la mañana unos 30 minutos antes del desayuno. Cuando se administra dos veces al día se debe tomar por la mañana unos 30 minutos antes del desayuno y por la noche hora y media después de la última comida y unos 30 minutos antes de la cena. Úlcera duodenal La dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) al día durante 4 semanas. Úlcera gástrica La dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) al día durante 4 semanas. En caso de que la úlcera no haya cicatrizado, puede continuarse el tratamiento durante 4 semanas más con la misma posología, a criterio facultativo. En el tratamiento de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, la dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) al día durante 8 semanas. En la prevención de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes de riesgo (con antecedentes de úlcera gástrica) que requieran un tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroideos la dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) al día. Esfagitis por reflujo gastroesofágico En el tratamiento agudo, la dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) al día durante 4 semanas. En función de los resultados de la endoscopia, puede continuarse el tratamiento durante 4 semanas más con la misma posología, a criterio facultativo. En el tratamiento de mantenimiento, la dosis recomendada es de 1 comprimido de OPIREN FLAS 15 mg (15 mg de lansoprazol) al día. Erradicación de *Helicobacter pylori* Los pacientes con úlceras gastroduodenales debidas a una infección por *H. pylori* deben tratarse con las combinaciones adecuadas de antibióticos y con las pautas posológicas adecuadas. La selección del esquema debe basarse en la tolerabilidad del paciente y las normativas terapéuticas/disponibilidad de los antibióticos. Lansoprazol se puede utilizar a una dosis de: - 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) con 1 gramo de amoxicilina y 500 mg de claritromicina dos veces al día durante 1 semana, o bien - 1 comprimido de OPIREN FLAS 30 mg (30 mg de lansoprazol) con 250 mg ó 500 mg de claritromicina y 400 mg de metronidazol dos veces al día durante 1 semana. Para más información sobre los antibióticos utilizados en la pauta erradicadora seleccionada, véase la Ficha Técnica individual de cada uno de ellos. Síndrome de Zollinger-Ellison La dosis inicial recomendada es de 2 comprimidos de OPIREN FLAS 30 mg (60 mg de lansoprazol) al día. Esta dosis deberá ajustarse en base a los exámenes clínicos o de secreción realizados periódicamente para el control a largo plazo de esta patología. A partir de 120 mg se recomienda fraccionar la dosis diaria en dos administraciones. Contraindicaciones Hipersensibilidad al fármaco. Lactancia. Niños: La eficacia y la tolerabilidad en niños no han sido estudiadas por lo que no se debe utilizar en este grupo de edad. Insuficiencia renal severa (aclaramiento de creatinina < 30 ml/min). Advertencias y precauciones especiales de empleo De igual forma que otros fármacos antisecretores, lansoprazol puede favorecer modificaciones en la flora gástrica debido a la disminución del volumen y la acidez del jugo gástrico. Debido a que la experiencia actual es limitada, no se recomienda la utilización de OPIREN FLAS 30 mg en tratamientos prolongados de úlcera duodenal y gástrica y esofagitis por reflujo, así como en la prevención de las recaídas. En el tratamiento agudo de la úlcera gástrica inducida por AINEs en pacientes que precisen seguir el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos la utilización de lansoprazol 30 mg/día debe efectuarse bajo estricta vigilancia médica durante las 8 semanas de tratamiento. Ancianos No es preciso modificar la posología de lansoprazol en este grupo de edad, no habiéndose observado un incremento en la frecuencia de efectos indeseables. Insuficiencia renal Se debe utilizar con precaución en sujetos con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina entre 70 y 30 ml/min), y ateniéndose siempre a la dosis recomendada. Insuficiencia hepática Tras la administración de una dosis única en cirróticos se ha observado un enlentecimiento en la eliminación de lansoprazol, por lo que en estos casos el tratamiento con lansoprazol deberá instaurarse sólo bajo estricto control médico y ateniéndose siempre a la dosis recomendada. Advertencias sobre excipientes Este medicamento contiene como excipiente aspartamo. Las personas afectadas de fenilcetonuria tendrán en cuenta que cada comprimido de 15 mg contiene 2,53 mg de fenilalanina y cada comprimido de 30 mg contiene 5,05 mg de fenilalanina. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Lansoprazol puede dar lugar a una ligera inducción del sistema enzimático monooxigenasa del citocromo P450, por lo que es recomendable monitorizar a los pacientes tratados simultáneamente con medicamentos tales como diazepam, fenitoína, teofilina o warfarina. Sin embargo no se ha comunicado la existencia de interacciones clínicamente significativas con diazepam, propranolol, warfarina, prednisona o prednisolona, antiinflamatorios no esteroideos, fenitoína o teofilina. La administración simultánea de antiácidos (conteniendo hidróxido de aluminio y magnesio) o sucralfato con lansoprazol modifica los parámetros farmacocinéticos y la biodisponibilidad de éste, por lo que se aconseja su administración con posterioridad al antiácido (1 hora). Los parámetros farmacocinéticos de lansoprazol se ven afectados por la ingesta de alimentos, por lo que se recomienda su administración 30 minutos antes de las comidas y con el estómago vacío. Embarazo y lactancia Embarazo La seguridad de lansoprazol no ha sido estudiada en mujeres embarazadas. Aunque los estudios en animales no han demostrado evidencia de toxicidad fetal o de efectos teratogénicos, únicamente debe utilizarse si se considera indispensable. Lactancia Debido a la ausencia de estudios no se recomienda su utilización durante el período de lactancia. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas Este medicamento no afecta a la capacidad de conducción ni al manejo de maquinaria. Raramente se han comunicado somnolencia y mareos (ver apartado 4.8 "Reacciones adversas"). Reacciones adversas La mayoría de los acontecimientos adversos de lansoprazol son leves y transitorios. Los acontecimientos adversos más frecuentes a nivel global son los que afectan al sistema gastrointestinal. Gastrointestinales: diarrea, constipación, náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencia y dispepsia Neurológicos: cefalea, mareos y, ocasionalmente, fatiga y somnolencia. Cutáneos: erupción cutánea y prurito. Respiratorios: faringitis, rinitis y tos. Hallazgos de laboratorio: se ha observado raramente proteinuria, elevaciones de eosinófilos, colesterol, triglicéridos, enzimas hepáticas, potasio y ácido úrico, así como aumento de hemoglobina, modificaciones del hematocrito (incremento o disminución), leucopenia y trombocitopenia, con sus correspondientes manifestaciones clínicas, sin que se haya encontrado una correlación con la dosis ni con la duración del tratamiento. Lansoprazol puede producir una elevación moderada de la gastrinemia, clínicamente no significativa, la cual vuelve a la normalidad generalmente al mes siguiente de finalizar el tratamiento. Además, después de finalizar el tratamiento con lansoprazol los resultados obtenidos de las biopsias gástricas practicadas no muestran elementos que sugieran un tumor carcinóide o una proliferación celular. Sobredosis No hay datos disponibles sobre intoxicación en el hombre con lansoprazol por lo que únicamente se puede recomendar tratamiento sintomático. Sin embargo, se ha utilizado lansoprazol a dosis de hasta 180 mg/día sin que se hayan observado reacciones adversas significativas. **DATOS FARMACÉUTICOS** Lista de excipientes Microgránulos con cubierta gastroresistente: Lactosa monohidrato Celulosa microcristalina Carbonato de magnesio pesado Hidroxipropilcelulosa de bajo grado de sustitución Hidroxipropilcelulosa Hipromelosa Dióxido de titanio (E-171) Talco Manitol Copolímero de ác. metacrílico y acrilato de etilo (1:1) al 30% Dispersión de poliacrilato al 30 % Macrogol 8000 Ácido cítrico anhídrido Monoestearato de glicerilo Polisorbato 80 Citrato de trietilo Óxido de hierro amarillo (E-172) Óxido de hierro rojo (E-172) Otros excipientes: Manitol Celulosa microcristalina Hidroxipropilcelulosa de bajo grado de sustitución Ácido cítrico anhídrido Crospovidona Estearato de magnesio Aroma de fresa Aspartamo (E-951) Incompatibilidades No se han descrito. Período de validez 3 años. Precauciones especiales de conservación No conservar a temperatura superior a 25°C. Conservar en el envase original. Naturaleza y contenido del recipiente OPIREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables: envases con 28 comprimidos. OPIREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables: envases con 28 comprimidos. Instrucciones de uso y manipulación No se requieren condiciones especiales para su utilización. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN ALMIRALL PRODESFARMA, S.A.** General Mitre, 151 08022 - BARCELONA NÚMERO(S) DEL REGISTRO OPIREN FLAS 15 mg Comprimidos bucodispersables: 65.474 OPIREN FLAS 30 mg Comprimidos bucodispersables: 65.475 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN:** OPIREN FLAS 15 mg comprimidos bucodispersables: 21 de julio de 2003 OPIREN FLAS 30 mg comprimidos bucodispersables: 21 de julio de 2003. **PRESENTACIONES Y PVP (IVA 4) (NM)** Envase con 28 comprimidos bucodispersables de 30 mg, 43,73 €. Envase con 28 comprimidos bucodispersables de 15 mg, 25,30 €. Con receta normal. Financiado por el Sistema Nacional de Salud con aportación normal. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Julio 2003. **FECHA DE LA ELABORACIÓN DEL MATERIAL.** Noviembre 2005. Almirall es una marca registrada de Almirall Prodesfarma, S.A.

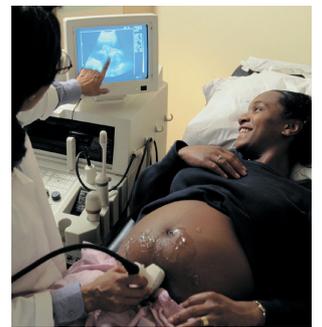
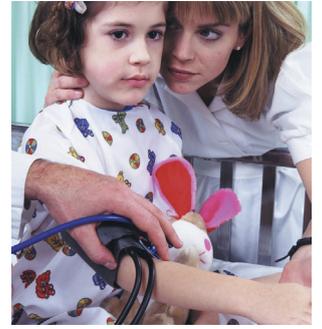
DOYMA

Su mejor fuente de consulta



MEDICINA

- MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA
- MEDICINA GENERAL
- CARDIOVASCULAR
- CIRUGÍA
- CUIDADOS INTENSIVOS
- DERMATOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
- ENDOCRINOLOGÍA
- FISIOTERAPIA
- GASTROENTEROLOGÍA
- GERIATRÍA
- GINECOLOGÍA
- HEMATOLOGÍA
- INFECCIOSAS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA PREVENTIVA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROLOGÍA
- ONCOLOGÍA
- OSTEOARTICULAR
- PEDIATRÍA
- PSIQUIATRÍA



- ENFERMERÍA
- FARMACIA
- ODONTOLOGÍA

www.doyma.es



Suscríbase o solicítenos información gratuita a través de nuestro Teléfono de Atención al Cliente **900 345 345** o e-mail **suscripciones@doyma.es**

Los datos personales necesarios para poderle entregar este material promocional están recogidos en un fichero cuyo responsable es Almirall Prodesfarma, S.A. que los utilizará para la gestión comercial únicamente interna. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición simplemente escribiendo a Almirall Prodesfarma, S.A., Ronda General Mitre, 151, 08022 Barcelona.

Licenciado por:
TAKEDA CHEMICAL INDUSTRIES LTD.



DOYMA

Travessera de Gràcia, 17-21 · 08021 Barcelona · 932 000 711 · Fax: 932 091 136



Actualización **Abordaje de la dispepsia**

Dispepsia. Definición y epidemiología

Juan Ferrándiz

Estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico de la dispepsia no investigada

Xavier Calvet

Fisiopatología de la dispepsia funcional

Miguel Mínguez, Lidia Martí y Maia Bosca

Tratamiento de la dispepsia funcional

Agustín Balboa

Medicina guiada

Ascitis torácica

Juan Cabrera Cabrera y Jordi Freixinet Gilart

El lugar en terapéutica de...

TIPS en el tratamiento de la ascitis refractaria
Rafael Bañares, Cristina Ripoll y Agustín Albillos

Revisión técnica diagnóstica

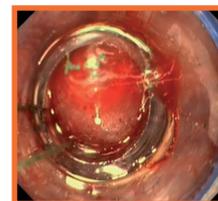
Pruebas del aliento en gastroenterología

Carlos Martín de Argila de Prados y Miguel Rodríguez Gandía

Ensayos clínicos y práctica clínica

Ligadura endoscópica de varices en el tratamiento de la hipertensión portal

Juan Carlos García-Pagán y Jaime Bosch



Prevención de...

Prevención de la recurrencia poscirugía en la enfermedad de Crohn

Joaquín Hinojosa y Pilar Nos

Ventana a otras especialidades

Enfermedad de Alzheimer familiar

Albert Lladó y José Luis Molinuevo



Hablemos de...

Endoscopia en pacientes con accidentes isquémicos coronarios

Santos Santolaria y Juan Pablo Gomollón