



Teràpia assistida amb animals a l'ABS Bordeta-Magraners de Lleida

A Medicorasse tenim cura de la salut dels metges a través de les companyies més ben valorades pels mateixos professionals



Assegurances de serveis complets des de **44 € /mes***

A Medicorasse Corredoria d'Assegurances oferim les assegurances de salut que millor poden satisfer les seves necessitats.

- **Tarifes úniques** per a un ampli tram d'edat i **sense copagament**.
- Els quadres mèdics més complets.
- Els millors centres hospitalaris.

Posi's en contacte amb nosaltres i l'assessorarem sobre l'opció que més li convé

*Primes 2013 per assegurat, sense distinció de sexe (subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia):
 - Assegurats de 0 a 55 anys en el moment de contractació: 44 €/mes.
 - Assegurats de 56 a 64 anys en el moment de contractació: 47,50 €/mes.



Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984
 medicorasse@med.es
 www.med.es



Professionals al servei de professionals

Sida al segle XXI

El 1981 es van començar a publicar els primers casos de sarcoma de Kaposi associat a l'homosexualitat activa. També es va observar que hi havia més incidència en immigrants i en grups amb drogoaddiccions. L'any 1982 la malaltia era anomenada AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). El que en aquella època la medicina i la premsa sensacionalista va veure com quasi la fi del món va acabar sent una malaltia crònica.

La sida detectada precoçment i tractada no acabava en la mort per infeccions associades, com va passar en els primers temps. Els països desenvolupats disminueixen el nombre de casos i la mortalitat amb la prevenció i el diagnòstic precoç.

Però, sovint es passa de la por al relaxament. En l'actualitat 2 de cada 5 infectats no saben que són seropositius i 1 de cada 2 es diagnostiquen amb símptomes i, en conseqüència, tard. Aquest retard en el diagnòstic, el fet que només el 50% dels casos s'incorporin al sistema sanitari i la relaxació en la prevenció (tan senzilla com l'ús de preservatius) fan que, darrerament, la incidència hagi augmentat, segons informa la Associació Antisida de Lleida. Aquesta associació, creada el 2007, és l'única ONG que treballa a les terres de Lleida en aquest àmbit en col·laboració amb el Departament de Salut.



Tot això ve determinat per la dificultat d'accedir als grups de risc i, per tant, retarda el diagnòstic precoç. Per aquest motiu, i amb l'experiència de cinc anys durant els quals s'han fet 2.300 proves amb 42 casos detectats, l'associació i el departament es proposen millorar l'estratègia en l'accés als grups i no abaixar la guàrdia amb una informació acurada, real i sense sensacionalismes.

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
 Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.comll.es> butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:
 Tomàs Alonso Sancho Joan Carrera Guiu Xavier Matias-Guiu Guia
 Mireia Armengol Gay Joan Clotet Solsona Jordi Melé Olivé
 Ferran Barbé Illa Josep Corbella Duch Mercè Pascual Queralt
 Ricard Batlle Solé Josep Maria Greoles Solé Àngel Pedra Camats
 Manel Camps Surroca Maria Irigoyen Otiñano Joan Prat Corominas
 Montse Puigené Vallverdú

Àngel Rodríguez Pozo
 Josep Maria Sagrera Mis
 Plácido Santafé Soler
 Jorge Soler González
 José Trujillano Cabello
 Joan Viñas Salas
Director:
 Joan Flores González

Edició a cura de:
 Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
 Disseny Kevin
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
 DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X



Detecció de la infecció pel VIH a les comarques de Lleida

Estudi realitzat per membres de l'Associació Antisida de Lleida i professionals de l'HUAV i l'IRBLleida. **10**

Ús actual de la teràpia electroconvulsiva

Article de la Dra. Aurora Torrent, el Dr. Josep Pifarré i la Dra. Iolanda Bataïlla **25**

El doctor Manuel Camps Clemente

Ressenya sobre la figura del Dr. Manuel Camps Clemente com a historiador i metge rural escrita pel seu fill, el Dr. Manuel Camps Surroca **30**

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €	Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA			
Preu total insercions:	2.404,06 €				



El XXIV Congrés de la CAMFiC, a Lleida els dies 21 i 22 de novembre del 2013

Els dies 21 i 22 de novembre tindrà lloc a la Llotja de Lleida el XXIV Congrés de la CAMFiC, que té com a lema *Tics de família: relacions noves amb els valors de sempre*, amb la idea de donar èmfasi que avui en dia ser metge de família sembla que implica la necessitat d'anar més enllà, afrontar els reptes del futur amb les noves tecnologies i, alhora, sense oblidar l'humanisme implícit en la nostra professió. Ens hem preguntat si en tenim prou capacitant-nos per anar més enllà i, de vegades, ja dubtem si som "reals o virtuals".

Tanmateix, el cert és que les noves oportunitats que ens ofereix la tecnologia ens obren les portes a una medicina dinàmica i àgil, plena d'oportunitats i adaptada a la nova realitat virtual. Evidentment, durant el congrés parla-

rem de les noves tecnologies a la taula sobre *Les TIC i la comunicació virtual*, però també parlarem d'un tema tan actual, per desgràcia, com *Ètica: desigualtats en salut* i després, a la tercera i última taula de divendres, debatrem sobre *L'adequació i pertinència de la sol·licitud de proves complementàries*, ja que els metges de família tenim la percepció que en la medicina actual cada cop compta més la sol·licitud de proves complementàries i sobretot les proves d'imatge ("els bodyTACS") que la història clínica i l'exploració ben feta i per a la qual cada vegada tenim menys temps.

El primer dia, dijous, farem tallers d'habilitats pràctiques tal com ha de ser en un congrés (Síncopa i alteracions ECG; Radiologia Toràcica; TIC), però també parlarem de l'esfera emoci-

onal en dos tallers del Grup de Comunicació: *Siento, luego existo i Gimnasia para el optimismo* amb la intenció de retrobar l'optimisme a la nostra activitat professional.

Després, Emili Duró ens parlarà a la conferència inaugural de *La gestión de la ilusión y el optimismo en épocas de cambio*. Com veieu, l'optimisme es repeteix de forma continuada durant el congrés, perquè aquest és el missatge que volem donar: malgrat els temps que corren, l'optimisme ha de ser present a la nostra feina i a tots els aspectes de la vida diària.

El mateix dijous, després de l'acte inaugural i l'Assemblea de la CAMFiC, se celebrarà la festa del 30 aniversari de la nostra Societat Científica, que malgrat ser jove ja té una edat. La festa es farà a la mateixa Llotja i hi estan convidats tots els socis de la CAMFiC.

S'ha ajustat el màxim possible el preu de les inscripcions, atès els temps de crisi i les retallades econòmiques, de sous i de contractes, i des d'aquí demanem a les autoritats sanitàries que donin totes les facilitats als metges de família de Lleida en particular i de Catalunya en general per poder assistir al congrés.

Hi ha una previsió de 300-350 assistents i la presentació d'unes 100 comunicacions-pòsters aproximadament.

El nostre congrés del segle XXI, que es torna a fer a Lleida després de 22 anys, vol recuperar el passat, tot mirant al futur.

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Vicepresident 1r CAMFiC

XI Jornada d'Immunitzacions d'Atenció Primària a Lleida

L'XI Jornada d'Immunitzacions d'Atenció Primària en l'àmbit de Lleida tindrà lloc el 4 d'octubre, de les 8.30 a les 13.45 hores, a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Intervindran en aquesta trobada Pere Godoy, Lluís Urbitzondo i Glòria Mirada, de l'Agència de Salut Pública de Catalunya; Fernando Moraga, de la Societat Catalana de Pediatria; Montserrat Canals, de l'Institut Català de la Salut-Camp de Tarragona; José M. Bayas, de l'Hospital Clínic de Barcelona, i Pepi Estany, de l'Institut Català de la Salut.

Més informació a: jornadesprimaria.lleida.ics@gencat.cat.

Congrés de Winfocus a Lleida sobre ecografia clínica en el punt d'atenció

World Interactive Network Focused on Critical UltraSound (Winfocus) organitza el congrés *Ecografia clínica en el punt d'atenció*, que se celebrarà al Campus de Capped de Lleida els dies 18, 19 i 20 d'octubre. El Dr. Joan Viñas, president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, pronunciarà la lliçó magistral *Ecografia clínica: passat, present i futur*.

Els participants a la taula rodona i els ponents seran professionals dels hospitals Arnau de Vilanova de Lleida, de Burgos i Ramón y Cajal de Madrid. El Dr. Giovanni Gonzaga, de l'University Hospital de Torino, clourà el congrés amb una intervenció sobre el tema *Ecografia pulmonar. Consens internacional*.

Més informació i inscripcions a: www.ipcongressos.com.

Moviment col·legial dels mesos de juliol i agost del 2013

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 8 altes durant els mesos de juliol i agost de 2013:

Luis Miguel Romero Vargas, Iván Aguirregoicoa Olabarrieta, Luis Manuel Baiocchi Castro, Viviana Katerine Vélez Cedeño, Rocío Alejandra Olivares Alviso, Maria José Groizard Botella, David Arroyo Rueda i Carlos Martínez Tellolls.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 9 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes d'abril figura la defunció del Dr. Josep Casserras Solé.

Total col·legiats el 30/03/2013: 1.731.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Eudald Magrí Carles, Trinidad Ribes Escolà i Estella M. Rodríguez Picasso.

Presentación en Lleida de la tesis doctoral del Dr. Gerard Torres

El Dr. Gerard Torres presentó el 13 de setembre la tesis doctoral en la sala de Graus de la Unidad Docente de la Facultat de Medicina del Hospital Universitario Arnau de Vilanova. La tesis de Torres versó sobre la *Utilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en la identificación del SAHS* y fue dirigida por los Drs. Ferran Barbé y Jacint Cabau. Seguidamente, ofrecemos una síntesis de la tesis.

El síndrome de apnea hipoapneas del sueño (SAHS) es causa de hipertensión independientemente de otras variables y también se ha relacionado con una alta prevalencia de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.

Por tanto, es importante identificarlo en la consulta de hipertensión o de riesgo vascular, ya sea en Atención Primaria o unidades hospitalarias. Así pues, sería útil disponer de instrumentos fáciles, accesibles y diversificados que nos ayuden a identificarlo en estos ámbitos. En la tesis doctoral se confirma que la MAPA, integrada en un modelo que incluya otras variables fácilmente obtenibles en la consulta (IMC, perímetro abdominal y sexo), permite identificar un SAHS moderado/severo con una sensibilidad y especificidad adecuadas, 84% y 64%, respectivamente. Asimismo, se expone una aplicación práctica del modelo hallado.



El Dr. Gerard Torres durant la lectura de la tesi doctoral

La presidenta del COMLL, col·laboradora de RAC1

La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa Maria Pérez, ha col·laborat aquest estiu amb RAC1. Concretament, la Dra. Pérez ha participat en l'espai Salut, que ha emès aquesta emissora dins del programa *La nit a RAC1*. L'espai de Salut consistia en una entrevista a la presidenta del COMLL, de 3 minuts de durada, sobre temes d'actualitat i interès en aquest àmbit. La Dra. Pérez ampliava les informacions i assessorava sobre les seves possibles repercussions.

L'espai, que ha comptat amb la col·laboració de la Dra. Pérez, s'ha emès en directe cada dimarts des del 30 de juliol fins al 27 d'agost.



Dra. Rosa M. Pérez Pérez

III Cicle de Sessions Clíniques al COMLL amb 8 temes diferents

Del 15 d'octubre d'enguany al 20 de maig del 2014

El 15 d'octubre comencen les III Sessions Clíniques del COMLL, que tractaran 8 temes diferents fins al 20 de maig del 2014. Els temes escollits són:

- *Entrevista amb l'adolescent*, a càrrec del Dr. Ignasi Casado.
 - *Abordatge del pacient ancià*, amb intervencions de la Dra. Esther Blanco, el Dr. José M. Martínez i la Dra. Ana Belén Vena.
 - *Tuberculosi, la malaltia eterna, dels clàssics a l'actualitat*. Abordatge multidisciplinari, amb la participació de la Dra. Amaia Ojanguren, la Dra. Esther Barbé, la Dra. Teresa Puig i el Dr. Amad Abu-Suboh.
 - *Abordatge multidisciplinari de la depressió*, a càrrec de la Dra. Margarita Puigdevall, la Dra. Teresa Guiler, la psicòloga Laura Bosa i la Dra. Anna Mont.
 - *A, B, C del diagnòstic per imatge. Radiografia simple. Ecografia. Tomografia axial computeritzada. Resonància magnètica nuclear*, que desenvoluparà la Dra. Maricé Reñé.
 - *Casos clínics sobre problemes neurològics recents*, amb les intervencions del Dr. José Felipe Sarró i la Dra. Lourdes Craver.
 - *Actualització en reumatologia*, a càrrec de la Dra. Núria Montalà.
 - *Un repàs per la Medicina Interna*, a càrrec del Dr. Carlos Galindo.
- Més informació a la seu del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

Projecte d'intervenció comunitària mitjançant teràpia assistida amb animals de l'ABS Bordeta-Magraners

Les Intervencions Assistides amb Animals (IAA) consisteixen en la participació d'animals en intervencions terapèutiques o educatives amb la finalitat de promoure la salut o l'educació i el benestar humà. No es tracta de teràpies alternatives, són programes complementaris on l'animal resulta un element motivador i facilitador de la teràpia, convertint-lo en una gran ajuda al servei del terapeuta o educador. Les IAA són programes dissenyats per promoure millores a nivell físic, social, emocional, educacional i/o cognitiu de la persona. Estan dirigits, desenvolupats i avaluats per un professional de la salut o de l'educació, amb objectius específics i preestablerts per a cada individu i on els resultats són degudament avaluats.

A nivell històric, els seus orígens es remunten al segle IX a Bèlgica, on a alguns malalts, durant la seva convalescència a l'hospital, se'ls va encarregar que cuidessin d'uns ocells. Aquest és el primer exemple del qual es té documentació sobre la utilització d'animals en benefici de la salut física o psíquica de l'ésser humà. Però els primers treballs científics publicats no van arribar fins a la segona meitat del segle XX (1960), van ser obra d'un doctor en Psicologia anomenat Boris Levinson, que es va adonar que els animals de companyia eren capaços de proporcionar una gran ajuda en la teràpia.

En les darreres dècades, els animals s'han incorporat a un ampli ventall de teràpies i amb múltiples finalitats, inclosa la psicologia clínica, teràpia ocupacional, programes de fisioteràpia i rehabilitació física, logopèdia, geriatria, residències i centres de mitja i llarga estada, hospitals, orfenats, centres de menors i centres penitenciaris.

Des de l'any 2008, a l'ABS Bordeta-Magraners de Lleida s'està duent a terme un projecte de Teràpia Assistida amb Animals (TAA). Es tracta d'una intervenció comunitària on s'han realitzat dos projectes ben diferents:

· El primer projecte: *Avaluació d'un programa de TAA en població geri-*

L'origen de la iniciativa es remunta al segle IX a Bèlgica, on a alguns malalts se'ls va encarregar que cuidessin uns ocells

Els primers treballs científics publicats arriben l'any 1960 de la mà del doctor en Psicologia Boris Levinson

Els animals s'han incorporat en les últimes dècades a un ampli ventall de teràpies i amb múltiples finalitats

àtrica.

· El segon projecte: *El nostre amic del CAP: el gos.*

Avaluació d'un programa de TAA en població geriàtrica

La longevitat és una de les característiques de les societats més desenvolupades. L'augment de la supervivència implica un augment en l'envelliment i com a conseqüència un increment en la prevalença del deteriorament cognitiu.

El deteriorament cognitiu genera discapacitat, cosa que afecta l'estat funcional, la independència i les necessitats d'assistència¹.



Teràpia amb els gossos Trèvol i Candy al CAP Bordeta

Les discapacitats més freqüents són les relacionades amb l'aparell locomotor, seguides de les que afecten els sentits de la vista i de l'oïda. La disminució de la vista i oïda comporta una dificultat per comunicar-se amb l'entorn i en molts casos l'aïllament social². A més, afavoreix la pèrdua de l'interès per les aficions habituals de la persona.

Les caigudes i les seves conseqüències són un altre dels grans problemes que també afecten la gent gran, avui dia considerades un problema important de salut pública¹.

L'equilibri resulta fonamental per a una correcta mobilitat i, per tant, per a la prevenció de les caigudes. En aquest aspecte, les recomanacions

PAPPS (Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut) són la pràctica d'exercici físic, la fisioteràpia i la rehabilitació de la marxa i equilibri³.

La TAA estimula la sociabilitat, millora el sentiment de soledat⁴, resulta un element de distracció i promou l'exercici físic.

La presència de l'animal pot resultar útil per establir una relació amb un pacient ancià, ja que promou moments d'intimitat i confiança. L'autoestima de la persona gran millorarà si torna a sentir-se útil; trenca la rutina diària i torna a despertar interès en una activitat nova. A més, redueix l'ansietat i proporciona una alta adherència a aquests programes⁵.

Molts autors fan referència a població major de 65 anys, on els resultats demostren beneficis sobre la salut dels propietaris d'animals de companyia. S'observa que milloren en la realització de les activitats de la vida diària i en les seves relacions socials i interpersonals⁶; així mateix, disminueix la freqüentació als serveis sanitaris⁷, millora la satisfacció personal i augmenta la percepció de benestar.

En població anciana i amb demència, la TAA ajuda a millorar les alteracions del comportament i té un efecte beneficiós sobre els símptomes psíquics de la demència. Això es deu al fet que la interacció amb els animals augmenta els nivells de neurotransmis-

sors relacionats amb efectes relaxants i eutimitzants⁸; com a conseqüència, es produeix una reducció de l'agitació i l'agressivitat i es promou el comportament social⁹.

La TAA estimula la comunicació verbal i no verbal¹⁰. De fet, els animals constitueixen un important centre d'atenció i són el tema de conversa¹¹. En persones amb demència, l'animal resulta un nexe de comunicació, tot augmentant la interacció social¹².

A més, guies de pràctica clínica de prestigi reconegut, com són les del National Institute for Health and Clinical Excellence (Guies NICE d'Anglaterra), aconsellen en persones amb demència l'estimulació amb programes de

» TAA.

Per aquests motius, ens vam plantejar realitzar aquest primer projecte amb població geriàtrica. El vam dissenyar com un estudi d'investigació on l'objectiu principal va ser avaluar l'efectivitat d'un programa de TAA en població geriàtrica, tant institucionalitzada com no institucionalitzada i amb deteriorament cognitiu. Es va determinar la variació en el nivell de comunicació i es van valorar els canvis en la marxa i/o equilibri.

El tipus d'estudi realitzat va ser un assaig clínic on es va avaluar l'efecte de la TAA en dues poblacions. En la primera fase, la mostra es va obtenir de dos residències geriàtriques que pertanyen a la Fundació Adesma; en la segona fase la mostra es va obtenir dels pacients que acudien a la consulta del CAP.

En cada població es van realitzar dos grups: Grup Intervenció (GI), al qual es va aplicar el programa de TAA, i Grup Control (GC), al qual es va realitzar la mateixa teràpia però sense l'animal.

Es van dur a terme 12 sessions de 60 minuts setmanals de tipus grupal (6-8 pacients/grup). Totes les sessions estan predefinides i consensuades pels membres de l'equip. Per al disseny de les sessions es va comptar amb la col·laboració de la fisioterapeuta de la residència.

Lloc: població institucionalitzada a la mateixa residència i en població no institucionalitzada al Casal d'Avis dels barris Magraners i Bordeta. Durant el període novembre 2008-2011.

Les sessions: d'una banda, es buscava potenciar la comunicació i les relacions socials entre els membres del grup i, de l'altra, es treballaven aspectes de fisioteràpia amb diferents exercicis i pistes per millorar la marxa/equilibri.

Personal que intervenia en les sessions: 2 infermeres i una metgessa de família/tècnic en TAA del CAP. Una tercera infermera va ser l'encarregada de passar els tests abans i després de la intervenció.

Animal: es va decidir treballar amb un gos ensinistrat per a teràpia perquè era un animal sociable, familiar i capaç d'estimular i interaccionar amb les persones.

Resultats: En primer lloc, en la població institucionalitzada: mostra de 45 pacients amb una mitjana d'edat de 84 (DS ±7,23) anys.

Es va objectivar una millora en els dos grups, tant en comunicació com en la marxa i l'equilibri. El GI va presentar una millora superior al GC i aquesta millora va ser estadísticament significativa en l'equilibri i la comunicació.

En segon lloc, en la població no institucionalitzada: mostra de 24 pacients amb una mitjana d'edat de 80,33 (DS ±4,20) anys. En aquest grup els pacients presentaven un deteriorament

cognitiu menor que en el grup de població institucionalitzada. El GI va presentar una millora superior que el GC en la marxa i la comunicació.

El meu amic del CAP: el gos

La discapacitat psíquica moltes vegades s'associa a problemes de comunicació, relació social i de psicomotricitat.

La presència de l'animal té beneficis per a la salut física i psíquica de les persones¹³. Els nens amb animals de companyia solen tenir millor desenvolupament social¹⁴.

L'habilitat de focalitzar i mantenir l'atenció és fonamental per a l'aprenentatge. El terapeuta es pot aproximar al nen per la via de l'animal¹⁵. La TAA sembla que resulta útil en nens amb problemes d'ansietat, hiperactivitat i trastorns del comportament¹⁶.

Aquest projecte és un estudi descriptiu prospectiu realitzat a l'Escola d'Educació Especial Esperança del barri de la Bordeta.

Es van realitzar 12 sessions grupals (6 nens/grup) de 60 minuts setmanals i a les instal·lacions de l'escola, des de novembre del 2012 fins al febrer

La TAA sembla útil en nens amb problemes d'ansietat, hiperactivitat i trastorns del comportament

del 2013.

Els objectius que es van treballar van ser a nivell mental, emocional, motivacional i educacional. Es va destacar el treball per millorar els nivells d'atenció, concentració, autocontrol i autoestima, així com respectar els torns, facilitar la comunicació i les relacions interpersonals. En les sessions, a més d'una infermera i una metgessa del CAP, hi participaven les professores d'aquests nens.

Resultats: mostra de 12 nens amb una mitjana d'edat de 12,66 (DS ±4,3) anys. Al llarg de les sessions es va aconseguir una dinàmica de treball i es va obtenir una millora en l'atenció i manteniment de la concentració. Respectaven els torns i manifestaven una alta motivació per les sessions realitzades amb els gossos. Per aquest motiu, i a petició de l'escola, s'ha continuat fent una sessió de manteniment cada mes fins a finalitzar el curs escolar.

Conclusions

La teràpia assistida amb animals és una intervenció en la qual l'animal



Complicitat amb el gos: la nena li explica coses a cau d'orella



Nena treballant formes geomètriques i colors

forma part integral del programa. La TAA consisteix en un programa interdisciplinari en què s'utilitzen animals com a complement a altres tractaments, amb la finalitat de promoure la qualitat de vida de les persones amb necessitats especials.

Els resultats obtinguts en els dos projectes realitzats es poden atribuir al fet que es va generar més interès en l'activitat realitzada amb l'animal i es va augmentar la motivació per realitzar els exercicis, ja que el gos resultava un element innovador i un lligam de comunicació.

De fet, la presència de l'animal aconsegueix generar un ambient terapèutic més distès i relaxat.

Atès l'augment de persones ancianes amb deteriorament cognitiu, és important aplicar recursos que potenciïn les relacions socials i estimulin la comunicació i l'activitat física per tal d'evitar caigudes i millorar la qualitat de vida. La TAA resulta útil per millorar la funció física, social, emocional i cognitiva d'ancians, de nens i de persones amb discapacitat o risc d'exclusió social.

L'Atenció Primària de Salut pot realitzar projectes de TAA. L'equip del CAP

Bordeta-Magraners ja estem treballant en el disseny del proper projecte de TAA que començarà la propera tardor. De fet, "la millor teràpia és la que no sembla teràpia".

Maylos Rodrigo Claverol
Metgessa del CAP Bordeta-Magraners. Experta universitària en Teràpia Assistida amb Gossos
Valentina Martín Miguel
Metgessa del CAP Bordeta-Magraners. Adjunta a la direcció del CAP

BIBLIOGRAFIA

- Manual d'atenció domiciliària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2003.
- Generalitat de Catalunya - Departament de Salut. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària: Llibre blanc. Edita: Direcció General de Salut Pública, Barcelona 2006.
- Manual de prevenció en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006.
- Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002. Jul; 57 (7): M428-432.
- Barak Y, Savorai O, Mavashev S, Beni A. Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. Am J Geriatr Psychiatry. 2001 Fall; 9 (4): 439-442.
- Raina P, Walter-Toews D, Bonnett B, Woodward C, Abernathy T. Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: an analysis of a one-year longitudinal study. J Am Geriatr Soc 1999; 47 (3): 323-329.
- Siegel JM. Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderating role of pet ownership. J Pers Soc Psychol 1990; 58: 1081-86.
- Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. Int Psychogeriatr 2006 Dec; 18 (4): 597-611.
- Richeson NE. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2003 Nov-Dec; 18 (6): 353-358.
- LaFrance C, Garcia LJ, Labrache J. The effect of a therapy dog on the communications skills of an adult with aphasia. J Commun Disord. 2007 May-Jun; 40 (3): 215-224.
- Harris MD, Rinehart JM, Gerstman J. Animal-assisted therapy for the homebound elderly. Holistic Nurse Practice. 1993; 8 (1): 27-37.
- Fick KM. The influence of animal on social interactions of nursing home residents in a group setting. Am J Occup Ther. 1993 Jun; 47 (6): 529-34.
- Jorgerson J. Therapeutic use of companion animals in health care. Image J Nurs Sch 1997; 29 (3): 249-54.
- Poresky RH. Companion Animals and Other Factors Affecting Young Children's Development. Anthrozoos: 1990; 4 (9): 159-168.
- Levinson Boris M. Psicoterapia infantil asistida por animales. Fondo Editorial Fundación Affinity. 2006; p.104-105.
- Martin F, Farnum J. Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. West J Nurs Res 2002 Oct; 24 (6): 657-670.

Detecció de la infecció pel VIH a les comarques de Lleida

Sis anys d'experiència des de la xarxa associativa

Des de cada 5 persones infectades pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) no coneixen la seva condició de seropositius i 1 de cada 2 casos nous de sida es diagnostiquen un cop han aparegut les manifestacions clíniques de la immunodeficiència. Conèixer al més aviat possible la condició de seropositiu/va i reduir el retard en el diagnòstic ha estat un dels objectius del Pla d'acció enfront del VIH/sida de la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya. Des de l'any 2007 l'Associació Antisida de Lleida col·labora amb el Departament de Salut, com a part del Sistema de Vigilància Integrat de Catalunya (SIVES), per promoure la realització de la prova del VIH a les comarques de Lleida i Pirineus. En el període 2007-2012, de les 2.327 proves realitzades 42 casos (1,8%) van donar un resultat reactiu per VIH. Seguint la tendència observada a la resta de Catalunya, s'aprecia un increment de la incidència de nous casos d'infecció en homes que tenen sexe amb homes, transsexuals i immigrants, i és significatiu el factor de protecció que suposa l'ús del preservatiu en les relacions sexuals. Els casos identificats al Servei de Detecció VIH de l'Associació suposen el 10% del total de casos recollits en l'enquesta de vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a les comarques de Lleida i Pirineus. Tanmateix, en aquest període l'Associació ha contribuït en prop del 32% dels casos detectats en homes que tenen sexe amb homes. La incorporació al sistema sanitari només ha pogut ser confirmada en el 50% dels casos amb un test positiu. D'altra banda, es comprova que el retard en el diagnòstic afecta el 50% dels casos confirmats. La capacitat d'accedir a persones o grups amb una alta vulnerabilitat a la infecció són punts forts del programa. Cal desenvolupar estratègies més efectives pel que fa al seguiment que ens permetin garantir la incorporació dels usuaris al sistema d'atenció sanitària.

Introducció

La infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) és avui,

aquest període de temps la persona infectada és asimptomàtica i en no ser conscient de la seva condició pot disseminar la infecció a totes aquelles persones amb les quals tingui contacte íntim. Tanmateix, la manca d'atenció mèdica durant aquest temps minvarà significativament les expectatives d'un control eficient de la malaltia, quan aquesta es manifesti com a sida.

El retard en el diagnòstic dificulta greument la reducció de la taxa de noves infeccions i el control de la progressió de la sida de les persones infectades. Les dades epidemiològiques indiquen que a Catalunya un 40% de les persones infectades no coneixen la seva condició de seropositius i que el 50% dels nous casos de sida es diagnostiquen un cop apareixen les manifestacions clíniques de la immunodeficiència. La proposta d'una estratègia activa de detecció basada en el model "test-and-treat" (detectar-i-tractar) ha estat plantejada com a resposta a aquesta situació¹. El diagnòstic precoç ofereix la possibilitat de millorar la qualitat de la pròpia salut beneficiant-se dels tractaments antiretrovirals en les etapes precoces de la infecció i

en el món desenvolupat, una malaltia crònica que detectada a temps pot ser controlada mèdicament amb resultats òptims que permeten evitar la manifestació de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida). Tot i així, malgrat els esforços esmerçats en prevenció i control de la transmissió, el degoteig de nous casos d'infecció continua de manera sostinguda any rere any.

El VIH pertany a la família dels retrovirus que es caracteritza per un període d'incubació variable entre persones que pot arribar als 10 o 15 anys. Durant

Taula 1. Dades descriptives de la població d'estudi i distribució de casos reactius en el test ràpid VIH

	TOTAL CASOS (N, %)	CASOS TEST REACTIU (N, %)	P (SIGNIFICACIÓ ESTADÍSTICA)
SEXE (N, %) (a)			
Dona	1203 (52,3)	19 (45,2)	< 0,001 (b)
Home	1060 (46,1)	19 (45,2)	
Transsexual	38 (1,7)	4 (9,5)	
ORIENTACIÓ SEXUAL (N, %) (c)			
Heterosexual	1975 (85,2)	27 (64,3)	< 0,001 (d)
Bisexual	124 (5,4)	3 (7,1)	
Homosexual	218 (9,4)	12 (28,6)	
REGIÓ D'ORIGEN (N, %) (e)			
Espanya	1273 (54,8)	16 (38,1)	0,001 (f)
Altres Europa	156 (6,7)	1 (2,4)	
Amèrica (sud)	376 (16,2)	12 (28,3)	
Magreb-Orient	155 (6,7)	0 (0)	
Àfrica Subsahariana	316 (13,6)	13 (31,0)	
GRUPS D'EDAT (N, %) (g)			
<19	232 (10,1)	0 (0)	0,143
20-29	864 (37,4)	18 (43,9)	
30-39	782 (33,9)	18 (43,9)	
40-49	321 (13,9)	4 (9,8)	
>50	109 (4,7)	1 (2,4)	

(a) No informació disponible de 26 usuaris. (b) Els casos reactius en el grup de transsexuals és significativament més alt que l'esperat. (c) No informació disponible de 10 usuaris. (d) Els casos reactius en el grup de homosexuals és significativament més alt que l'esperat. (e) No informació disponible de 2 usuaris.

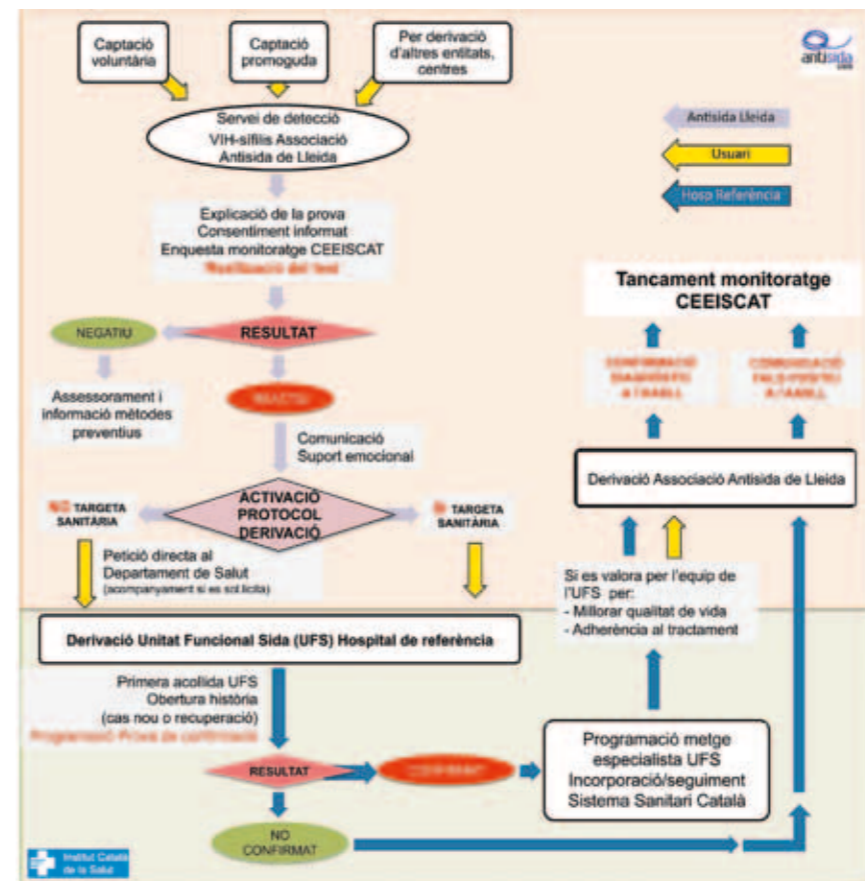


Figura 1. Protocol de derivació establert entre l'Associació Antisida i els hospitals de referència en els casos de test reactiu en la prova de detecció del VIH. Les fletxes grises corresponen als processos que són responsabilitat de l'Associació, les blaves, de l'hospital de referència, i les grogues, de l'usuari.

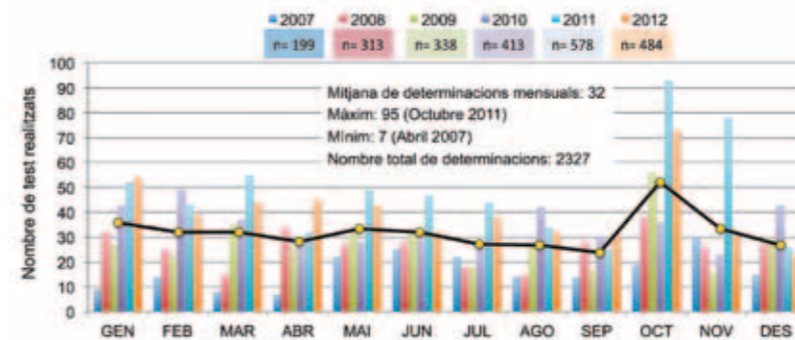


Figura 2. Distribució anual del nombre de proves realitzades des del gener del 2007 fins a desembre del 2012. El pic sostingut de cada any el mes d'octubre correspon a la campanya del Dia de la Prova, que es realitza als voltants del dia 20 d'octubre. La línia indica la mitjana de proves realitzades cada mes. S'indica el nombre total de proves (n) cada any.

permet modificar les conductes de risc que afavoreixen la transmissió del virus a altres persones. Conèixer al més aviat possible la condició de seropositiu i reduir el retard en el diagnòstic ha estat un dels objectius del Pla d'Acció enfront del VIH/sida de la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya, com també del Pla d'Actuació de l'Associació Antisida de Lleida^{2,3}.

El desenvolupament i la validació de proves diagnòstiques basades en metodologies d'immunoassaig colorimètric, conegudes popularment com

A les comarques de Lleida, dos de cada cinc persones infectades pel VIH no saben que són seropositives

a test ràpid, van modificar de forma dràstica la capacitat d'oferir un sistema de detecció de la infecció a un cost i temps de resposta adequats⁴. En el marc del Sistema de Vigilància Integrat de Catalunya (SIVES), el Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida (PPAS) va iniciar la campanya de detecció del VIH mitjançant el test ràpid estenent els punts d'accés al test a les organitzacions no governamentals (ONG) dedicades a l'àmbit del VIH/sida.

Es dins d'aquest programa que l'Associació Antisida de Lleida, com a única ONG dedicada a l'àmbit del VIH/sida a les comarques de Lleida i Pirineu, va posar en marxa el Servei de Detecció VIH a les oficines de la seva seu al carrer Lluís Besa de Lleida. Actualment, l'oferta de punts d'atenció del Servei de Detecció VIH s'ha estès a les oficines que l'Associació gestiona en col·laboració amb ajuntaments, consells comarcals, oficines joves de la Generalitat de Catalunya i Diputació de Lleida a la Seu d'Urgell (2011), Balaguer (2012), el Pont de Suert (2012) i les Borges Blanques (2013).

L'Associació, juntament amb la Unitat Funcional del VIH/sida de l'Hospital Arnau de Vilanova, forma part del grup AERIVIH (Algoritme Estandarditzat per a Recenent Infectats pel VIH) que, sota la coordinació del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT), està fent el seguiment epidemiològic del programa^{5,6}. El treball que es presenta en aquest document vol resumir i donar a conèixer els resultats més rellevants de la seva aplicació en el període 2007-2012 a les comarques de Lleida.

Disseny i mètodes

La promoció de la realització del test ràpid ha estat un dels objectius fonamentals per tal de garantir l'èxit del programa. En aquest sentit, a més de desenvolupar campanyes i actuacions específiques, com el Dia de la Prova, que es duu a terme als voltants del 20 d'octubre, l'Associació ha incorporat en totes les actuacions de prevenció aquest missatge. La informació sobre la realització del test es distribueix en totes les actuacions en forma de fulletons informatius, a la pàgina web (<http://www.antisidalleida.org/>), i a través de la xarxa 2.0 al Facebook (<https://www.facebook.com/AntisidaLleida>) i Twitter (<https://twitter.com/antisidalleida>) de l'Associació. Des de l'Associació, s'ha tingut una especial atenció a promoure la realització de la prova en aquelles persones o grups vulnerables en les quals puguin donar-se factors de risc d'infecció. Atenent que el VIH és una infecció sexualment transmissible, aquestes situacions de risc estaran relacionades amb la condició i els hàbits sexuals de les persones,)))

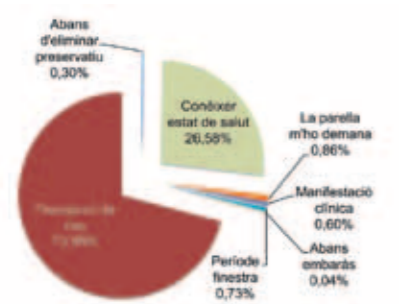


Figura 3. Manifestació del motiu pel qual els usuaris han volgut fer-se el test.

sense que en cap cas aquests puguin ser considerats elements de discriminació.

Fonaments metodològics de la prova

Es tracta d'un assaig de lectura visual que utilitza una gota de sang del subjecte obtinguda amb una punció a la punta del dit. Tot el procediment es pot realitzar amb un equipament mínim i té una durada no superior als 20 minuts. L'assaig de detecció emprat ha estat el test Determine™ HIV 1/2 (Alere™) capaç de detectar anticossos anti-VIH1/2 als 90 dies postinfecció. A partir del 2012 la prova es realitza amb la formulació "Combo" que, a més de la detecció d'anticossos, incorpora la detecció de l'antigen viral p24, que apareix als 2-25 dies postinfecció. Ambdós tests tenen una alta sensibilitat (99-100%) i especificitat (97,6-99,5%).

La prova es duu a terme a les oficines de l'Associació, en un espai que compleix els requeriments d'adequació i acolliment necessaris. Tanmateix, el personal de l'Associació ha rebut la preparació especialitzada, tant pel que fa als procediments com a l'atenció en l'acollida i comunicació dels resultats. L'atenció s'acompanya d'informació sobre la infecció, material profilàctic, acompanyament i suport emocional. L'Associació, en col·laboració amb la xarxa hospitalària de Lleida i comarques, ha establert un protocol de derivació dels casos positius (anomenats en aquest context com a "reactius") per tal que es realitzi la prova confirmatòria i es faciliti la incorporació de la persona a la xarxa d'atenció sanitària (Figura 1).

La prova és totalment gratuïta i els costos derivats són assumits per l'Associació Antisida de Lleida, que els finança amb recursos propis i de les subvencions rebudes a aquest efecte pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Totes les persones han estat informades del procediment de recollida de la mostra, dels principis en què es basa el sistema de detecció i de les seves limitacions. Un cop informats, els usuaris han signat el document de

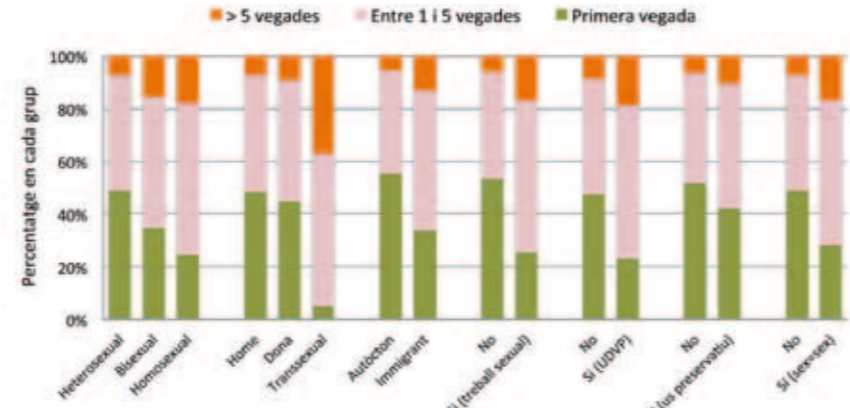


Figura 4. Percentatge d'usuaris als diferents grups de vulnerabilitat que s'han fet el test per primera vegada, entre 1 i 5 vegades o més de cinc vegades.

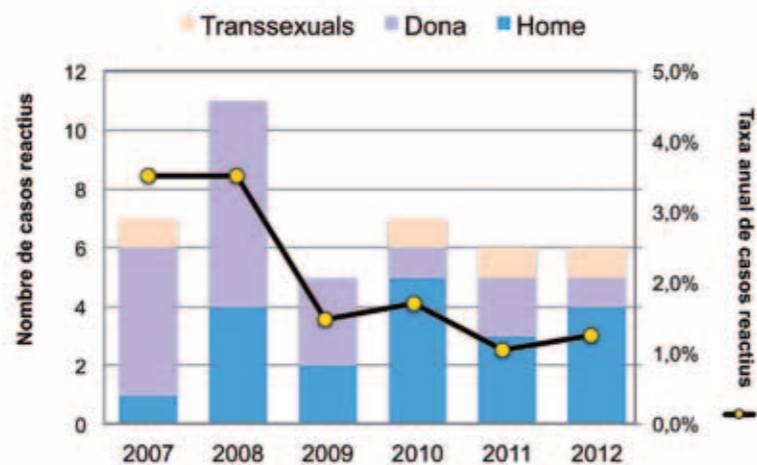


Figura 5. Distribució per anys i condició sexual del nombre de casos reactius. La línia representa la taxa mitjana de casos reactius observada cada any.

consentiment i cessió de dades, i han emplenat de forma anònima l'enquesta de monitoratge bioconductual facilitada pel CEEISCAT. L'enquesta recull informació sobre l'entorn sociosanitari i demogràfic de cada persona, així com de diferents aspectes relacionats amb els hàbits i orientació sexual de l'usuari i de les seves parelles. La informació clínica ha estat recollida de forma agregada mantenint l'anonimat de les persones implicades. L'estudi s'ha realitzat respectant els principis ètics de la Declaració de Hèlsinki (1964) i posteriors actualitzacions.

L'estudi estadístic s'ha dut a terme mitjançant el paquet informàtic SPSS v20.0. La comparació entre grups seleccionats s'ha realitzat mitjançant taules de contingència utilitzant el programari online OpenEpi v37 (http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm). Les dades presentades en aquest estudi fan referència als resultats obtinguts en la detecció del VIH, tot i que des de l'any 2008 la prova del VIH es complementa amb la detecció de sífilis.

Resultats

Entre gener de 2007 i desembre de 2012 s'ha realitzat un total de 2.327 proves de detecció VIH distribuïdes al llarg de l'any, com es mostra a la Figura 2. S'observa un increment sostingut del nombre de proves realitzades cada any, passant de les 199 proves realitzades l'any 2007 a les 484 de l'any 2012 (250% d'increment). El màxim de proves al llarg d'aquests anys ha estat el mes d'octubre, coincidint amb les campanyes de promoció del Dia de la Prova. La resposta envers a aquestes campanyes és significativa, la qual cosa encoratja a mantenir i potenciar aquest tipus d'acció de promoció de la detecció ràpida.

Més de dues terceres parts (70,8%) de les persones ateses al servei van manifestar com a motiu per fer-se el test haver tingut alguna percepció de risc, entesa com a qualsevol situació o hàbit que pugui haver afavorit la transmissió del virus (Figura 3). Atentent als objectius del programa podem considerar que l'estratègia d'e motivació ha estat efectiva captant l'atenció de les persones o grups més vulnerables.

Cal destacar que un 54% dels usuaris manifesten haver-se fet un test anterior. La Figura 4 presenta la distri-

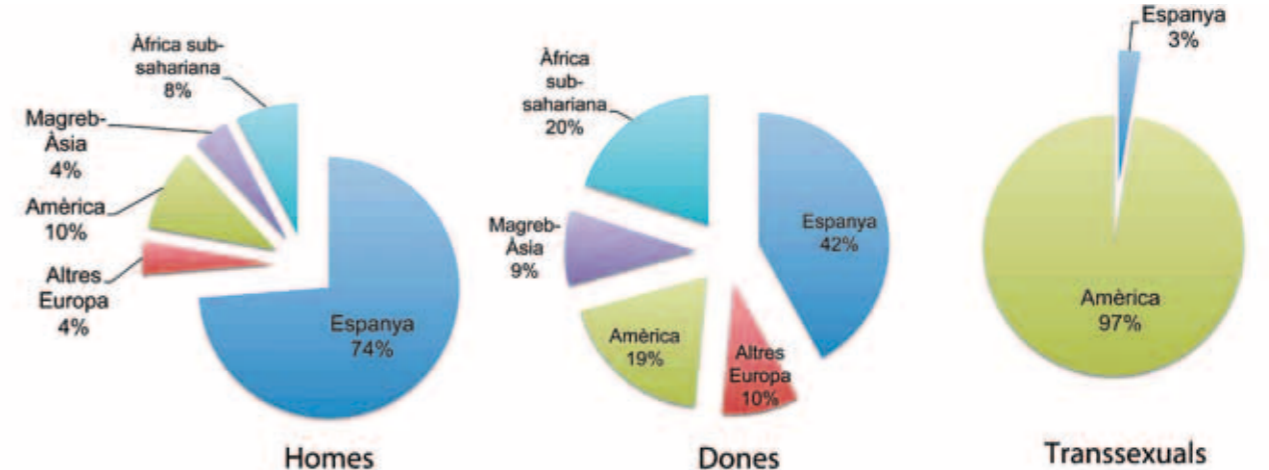


Figura 6. Origen geogràfic segons condició sexual.

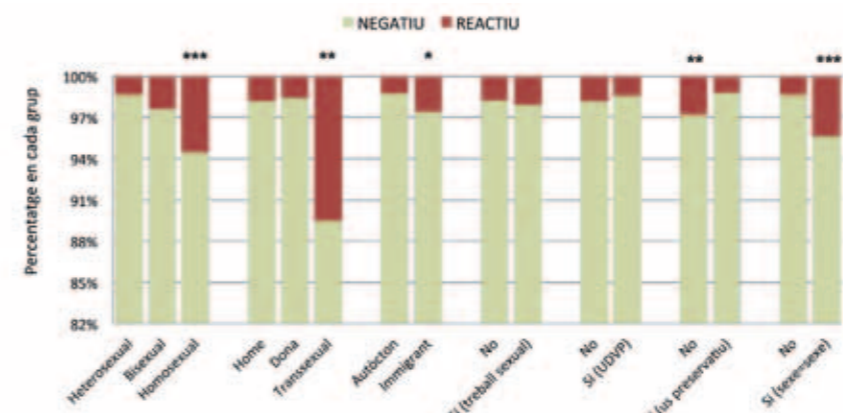


Figura 7. Distribució de casos negatius/reactius segons grup de vulnerabilitat. * P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001.

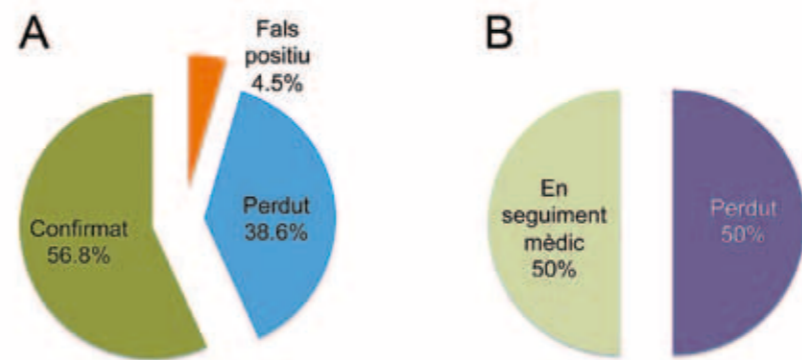


Figura 8. Confirmació de la prova (A) i seguiment mèdic (B) dels usuaris reactius detectats a l'Associació en el període 2007-2012.

bució d'usuaris en els diferents grups de vulnerabilitat que per primera vegada s'han fet el test, els que ho han fet entre 1 i 5 vegades i els que ho han fet més de 5 vegades. S'ha de destacar que en tots els grups considerats la reiteració en el test és característica dels més vulnerables, excepte en el cas de l'ús del preservatiu, en què la reiteració es presenta en aquells que manifesten utilitzar-lo. La repetició del nombre de tests pot estar justificada per una major freqüència de conductes de risc i al mateix temps és un reflex de l'alta predisposició i sensibilitat a la detecció del VIH i altres ITS en els

El 54% dels usuaris manifesten haver-se fet un test anterior
Més del 70,80% han tingut alguna percepció de risc

usuaris que se saben més vulnerables. Pel que fa a la major reiteració en els que manifesten utilitzar el preservatiu, el resultat és contradictori i podria indicar una manca d'informació o bé que, tot i que manifesten haver utilitzat el preservatiu, aquesta utilització no es duu a terme de manera veritable.

De les de 2.327 proves realitzades, 44 casos (1,9%) van donar un resultat reactiu. Dos d'aquests casos van ser identificats com a falsos positius per l'hospital de referència i no es comptabilitzaran en les anàlisis posteriors. La Figura 5 mostra la distribució de casos per any segons la condició sexual dels usuaris. S'observa un descens progressiu en les taxes de casos reactius que han passat del 3,5% el 2007 a l'1,5% el 2012. Aquesta reducció també s'observa al total de Catalunya amb un descens gradual de les taxes de casos reactius en el mateix període (dades CEEISCAT 2012).

La Taula 1 mostra el perfil de la mostra d'usuaris i dels casos reactius en la prova de VIH. La distribució de casos reactius és significativament diferent atenent el sexe, l'orientació sexual i la regió d'origen. Un 45,2% de les persones són d'origen immigrant, amb una representació significativa d'Amèrica del Sud (16,2%) i l'Àfrica subsahariana (13,6%). Considerant que la població immigrant a les comarques de Lleida suposa el 18,3% de la població, la mostra recollida en aquest estudi està significativament esbiaixada en aquest grup. Les condicions socioeconòmiques i sanitàries d'aquest col·lectiu el fan altament vulnerable, la qual cosa comporta, entre d'altres, una major prevalença de condicions de risc de transmissió de la infecció VIH.

Una partició de la població atenent el sexe i la regió d'origen ens mostra que la procedència geogràfica és clarament asimètrica entre sexes (Figura 6). En els homes és majoritari l'origen autòcton (74%); en les dones la distribució és més fragmentada, amb una alta prevalença d'immigració (58%); i en els transsexuals la procedència

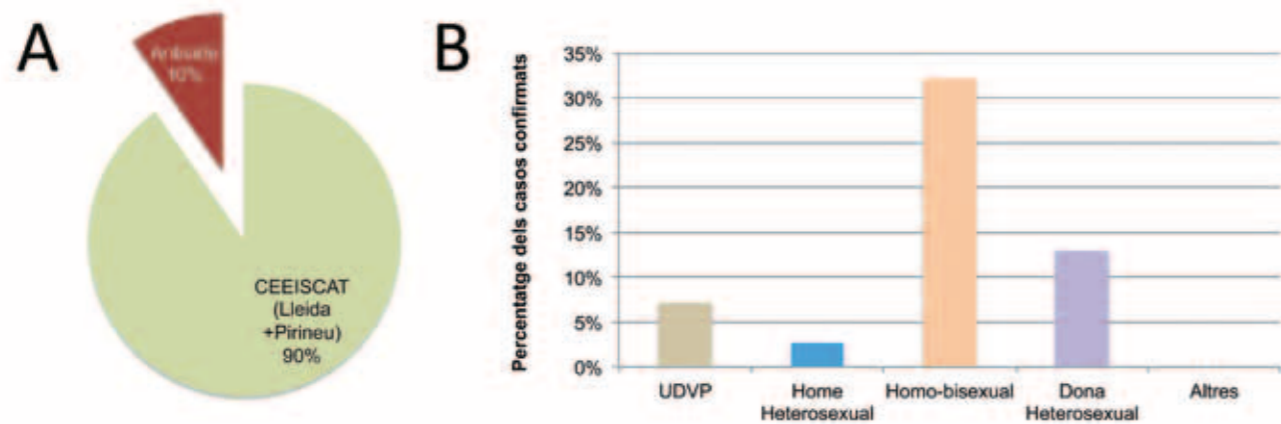


Figura 9. Contribució dels casos detectats al servei de detecció de l'Associació Antisida de Lleida al total de casos recollits en el CEEISCAT a les comarques de Lleida (Alt Pirineu+Val d'Aran+Lleida) en el període 2007-2012. A) Proporció total dels casos. B) Proporció de casos desglossada per risc de transmissió.

és fonamentalment d'Amèrica del Sud (97%). S'observen diferències significatives en el nombre de casos reactius distribuïts segons regió (Taula 1). La freqüència de casos reactius és significativament alta en la mostra de procedència d'Amèrica del Sud (Raó de vegades (OR)= 2.0; Interval de confiança (IC) al 95%:1.04-4.0; P= 0.048) i l'Àfrica subsahariana (OR= 2.8; 95%IC:1.4-5.5; P= 0.004).

Quant a la distribució d'edats, el gruix de la mostra està format per persones de menys de 40 anys sense que s'observi una major incidència de test reactiu en cap grup d'edat. Cal destacar l'absència de casos reactius en les persones de menys de 19 anys, tot i suposar el 10% de la mostra.

La distribució de casos reactius segons grups/conduïtes de vulnerabilitat es mostra a la Figura 7. Hi ha una major incidència de casos reactius en homosexuals (OR=4.0; 95%IC:2-8; P<0.001); transsexuals (OR=6.8; 95%IC: 2.3-20.4; P=0.005) i immigrants (OR=2.1; 95%IC: 1.1-3.9; P=0.019). Les persones amb orientació homosexual presenten una major freqüència de casos reactius (OR=3.3; 95%IC:

El gruix de la mostra està format per persones de menys de 40 anys
Destaca l'absència de casos reactius en les persones de menys de 19 anys, tot i suposar el 10% de la mostra

1.7-6.3; P>0.001), mentre que els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) o el treball sexual no mostra una major incidència de casos reactius. Finalment, les dades són concloents quant a assignar un clar factor de protecció en l'ús del preservatiu (OR=0.4; 95%IC: 0.22-0.76; P=0.004).

Un 40,3% de les persones ateses al servei manifesten no haver utilitzat

el preservatiu en la darrera relació sexual, la qual cosa indica una baixa percepció de risc. Tanmateix, contrasta el fet que aquest percentatge baixa al 35% en homosexuals, 33% en immigrants, 21,3% en les persones que exerceixen treball sexual, i només és del 16,2% en transsexuals. Juntament amb les dades de reiteració en el test, les dades d'utilització del preservatiu semblen indicar una major percepció de risc i motivació per prendre mesures de protecció en les persones o grups en les quals el risc d'exposició és més alt.

Seguiment i incorporació dels usuaris al sistema sanitari

Part fonamental del programa consisteix a incorporar al sistema sanitari aquelles persones que hagin donat un resultat reactiu, tant per garantir l'atenció sanitària que millori les seves expectatives de salut, com per evitar la disseminació de la infecció. Tal com s'indica en el protocol de derivació (Figura 1), són els usuaris els que accedeixen lliurement a les proves i els que, un cop conegut el resultat, assumeixen la responsabilitat d'accedir al sistema de salut. L'Associació només pot acompanyar en aquest procés i facilitar, si és necessari, els tràmits administratius. D'acord amb les dades disponibles, un 38,6% dels casos reactius no han pogut ser confirmats atès que els usuaris no han tramès aquesta confirmació a l'Associació (Figura 8A). D'altra banda, d'acord amb la informació recollida a la Unitat Funcional VIH/sida de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, només 21 dels 42 usuaris derivats des de l'associació estan en seguiment hospitalari (Figura 8B). No podem descartar que part d'aquestes persones "perdudes" a Lleida hagin accedit al sistema sanitari en d'altres centres hospitalaris, però pel que fa al programa han de ser considerats com a perduts. Això suposa que només podem confirmar l'accés al sistema

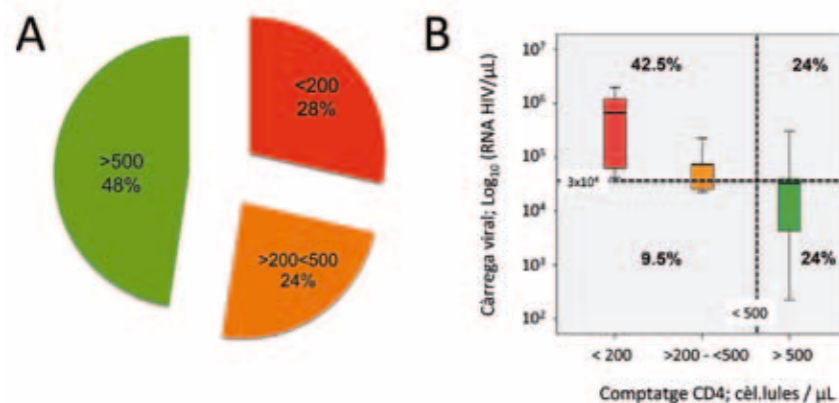


Figura 10. A) Distribució dels usuaris en seguiment hospitalari segons comptatge de CD4 en la primera determinació. B) Diagrama de caixes de la càrrega viral (unitats Log10) en els pacients agrupats segons nivell de CD4. Els llindars de càrrega viral (>3x10⁴) i recompte de CD4 (<500) són indicatius d'una infecció avançada.

Taula 2.- Anàlitzes VIH realitzades al Laboratori Clínic ICS Lleida (HUAUV) i al Servei de Detecció VIH de l'Associació Antisida de Lleida (any 2007)

	Laboratori Clínic ICS Lleida (HUAUV) (a)			Servei detecció VIH (Associació Antisida de Lleida)			RAÓ D'ESFORÇ
	TOTAL PROVES REALITZADES	NOMBRE DE CASOS POSITIVS (B)	ESFORÇ DE DETECCIÓ (C)	TOTAL PROVES REALITZADES	NOMBRE DE CASOS REACTIUS (D)	ESFORÇ DE DETECCIÓ (C)	
Autòctons	6.484	18	360	129	1	129	2,8
Immigrants	1.710	11	155	70	6	12	13,3
Totals	8.194	29	283	199	7	28	9,9

HUAUV, Hospital Universitari Arnau de Vilanova (a) Segons dades publicades a Soler-González J, Real J, Farré J, Serna C, Cruz I, Ruiz C, et al. [Comparative analysis of serological tests performed in immigrants in the Lleida health area]. Aten Primaria. 2013 Feb;45(2):84-91. (b) Detecció VIH amb l'anàlitzador d'immunoassaig CLIA CENTAUR XP (Siemens). (c) Esforç de detecció= nombre d'assajos/casos positius/reactius. (d) Detecció VIH test Determine™ HIV 1/2 (Alere™)

sanitari de la meitat dels casos reactius detectats a l'Associació.

Valoració de l'efectivitat del programa de detecció del VIH

Un paràmetre que ens permet avaluar l'eficiència del programa consisteix a mesurar quina ha estat la contribució dels casos reactius trobats a l'Associació al total de nous casos detectats a Lleida i comarques. Durant el període 2007-2012, s'han recollit al CEEISCAT un total de 205 noves infeccions a les comarques de Lleida i Pirineus^{7,8}. Considerant només els casos confirmats i recollits pel CEEISCAT, 22 dels 205 casos han estat detectats a l'Associació, la qual cosa equival a una contribució del 10% (Figura 9A). L'aportació de l'Associació és encara més significativa si tenim en consideració la distribució de casos per via de transmissió (Figura 9B). S'ha de destacar la contribució de l'Associació en la detecció de casos reactius en poblacions vulnerables com dones (12,5% dels casos) o via de transmissió homo-bisexual (32% dels casos).

Una part de l'efectivitat del programa depèn de la capacitat d'accedir a usuaris o grups d'usuaris on la vulnerabilitat a la infecció sigui alta. La detecció centrada en grups vulnerables hauria de ser més efectiva exigint un menor esforç de detecció (entès com el nombre d'assajos necessaris per detectar un cas positiu). La Taula 2 mostra una estimació d'aquest esforç de detecció basant-nos en les dades publicades per Soler-González i col. (2013)⁹. D'acord amb aquesta publicació, l'any 2007 es van realitzar un total de 8.194 serologies VIH a la regió sanitària de Lleida, que van permetre detectar 29 casos positius. Això equival a un esforç de 282 assajos per cas detectat. En el mateix any (2007) el Servei de Detecció VIH de l'Associació va realitzar un total de 199 proves de les quals 7 van donar un resultat reactiu. Tots set casos van ser recollits com a nous casos en les estadístiques

del CEEISCAT del 2007. Això suposa 28 assajos per cas detectat, és a dir, un esforç 9,9 vegades inferior. Aquests valors són encara més significatius quan considerem la població immigrant (13,3 vegades inferior), però també pel que fa a la població autòctona (2,8 vegades inferior).

No es disposa d'informació detallada d'altres anys. Tot i així, segons dades facilitades pel Laboratori Clínic ICS a Lleida, una estima del nombre de proves de detecció VIH realitzades en el període 2007-2012 dona un valor proper a les 45.000. Aquests assajos han permès detectar les 205 noves infeccions recollides al CEEISCAT, la qual cosa implica un esforç de 220 assajos per detecció. Pel que fa a l'Associació, en el mateix període s'han fet 2.327 proves. Considerant només els 22 casos que han estat recollits al CEEISCAT, l'esforç de detecció ha estat de 106 assajos per detecció, és a dir, 2,1 vegades inferior.

És clar que la capacitat d'accés a una població on la vulnerabilitat és molt més alta permet incrementar les taxes de detecció de forma important i signifi-

cativa, reduint significativament l'esforç de detecció necessari. Sens dubte, aquesta capacitat d'accés a poblacions vulnerables és el punt més fort del programa i que justifica amb escreix la dedicació de recursos i personal.

Estimació del retard en el diagnòstic

Una estimació del retard en el diagnòstic es pot obtenir a través del recompte de cèl.lules CD4 i de la càrrega viral del pacient. Recòmptes de CD4 inferiors a 500 cel/μL són considerats com a indicadors d'una infecció no precoç. Dels 21 casos en seguiment hospitalari, un 52% presentaven en la primera determinació un recompte de cèl.lules CD4 inferior a 500 cel/μL (Figura 10A). Així doncs, podem concloure que el diagnòstic presenta un retard significatiu en el 50% dels casos. Cal remarcar que els 21 pacients eren clínicament asimptomàtics, la qual cosa implica que probablement el retard podria haver estat més acusat si no s'haguessin incorporat al programa de detecció. D'altra banda, les càrregues virals detectades eren significativament altes, un 66,5% tenien càrregues virals superiors a 30.000 partícules/μL, indicatiu d'un alt potencial de transmissió (Figura 10B). La manca de simptomatologia clínica juntament amb l'alt potencial de transmissió posa en evidència la dificultat de controlar la disseminació de la infecció que fonamentalment es produeix a través de persones que no són coneixedores de la seva condició.

Discussió i comentaris

L'efectivitat i èxit del programa pot ser mesurada d'acord amb quatre paràmetres: i) accés a persones o grups amb una alta vulnerabilitat a la infecció; ii) motivació i sensibilització en la realització de la prova; iii) incorporació de les persones seropositives al sistema sanitari, i iv) reducció del retard en el diagnòstic. Les dades indiquen que

Durant el període 2007-2012 s'han recollit 205 noves infeccions a les comarques de Lleida i Pirineus

Un total de 22 dels 205 casos han estat detectats a l'Associació Antisida de Lleida

hem estat capaços d'accedir a persones amb alta vulnerabilitat. Fruit d'una estratègia de difusió del projecte a grups diana i l'apropament a col·lectius vulnerables; immigrants, treballadors/es sexuals, usuaris del treball sexual, homes que fan sexe amb homes i qualsevol persona que hagi viscut una situació de risc d'infecció, han tingut la possibilitat d'accedir a la prova en un entorn d'acollida i respecte.

Pel que fa a la motivació i sensibilització dels usuaris, els resultats semblen indicar que aquesta ha estat efectiva. El nombre d'usuaris que han realitzat un test anterior arriba al 50% de la mostra i aquest percentatge s'incrementa en els grups on la vulnerabilitat a la infecció és alta. D'altra banda, un 40% dels usuaris declara no utilitzar el preservatiu, però aquest percentatge baixa significativament en els grups més vulnerables. Aquestes dades semblen indicar una alta percepció de la conducta de risc i alta predisposició i sensibilitat a la detecció del VIH i altres ITS. Lamentablement, aquesta motivació no es reflecteix en una reducció en les taxes d'infecció, constatant-se un increment de casos reactius en homes que tenen sexe amb homes, transsexuals i immigrants. Cal treballar per reduir aquest increment motivant en els individus actituds assertives i saludables, fomentant encara més la utilització del preservatiu (masculí i femení), augmentant el coneixement de les conductes de risc associades a les ITS i facilitant l'accés a la realització de la prova.

No ens podem sentir igual de satisfets pel que fa als altres dos aspectes. Fent una valoració crítica, hem de constatar que no podem confirmar la incorporació al sistema sanitari de la meitat dels casos i que el retard en el diagnòstic continua afectant més de la meitat de les persones infectades. Les dades clíniques dels pacients en seguiment indiquen que en la gran majoria de casos la infecció es trobava en fase avançada amb la situació immunològica compromesa i càrregues virals amb un alt potencial de transmissió. La incorporació dels pacients al sistema sanitari és garantia d'atenció mèdica i contribueix a la millora de la salut pública. Aquesta incorporació depèn de la voluntat del pacient que, un cop és coneixedor d'un resultat reactiu, vulgui obtenir la confirmació i accedir a l'atenció mèdica per controlar la infecció¹⁰. Les úniques eines de què disposa l'Associació són l'acompanyament en el procés i la persuasió i motivació de l'usuari perquè un resultat reactiu es concreti en un seguiment hospitalari¹¹.

Els reptes plantejats en el combat contra la infecció del VIH són complexos i multidimensionals. La recerca, l'atenció mèdica, la resposta farmacèutica, la dimensió social del problema i la situació sociopersonal de l'individu

són elements interrelacionats i tots ells necessaris per donar una solució integral. L'acció conjunta de les administracions, els professionals sanitaris i les organitzacions comunitàries és imprescindible per assolir la capacitat de resolució suficient per abordar aquest gran repte. La proposta de cribratges sistemàtics en poblacions vulnerables per tal d'incrementar la detecció de casos i iniciar el tractament precoçment té una clara finalitat preventiva per a la població. L'ampliació dels punts de referència portant la prova a les oficines de farmàcia és també una estratègia vàlida i complementària. Tot i així, sense la col·laboració responsable de les persones que han viscut una situació de risc en fer-se la prova i d'aquelles que són coneixedores de la seva condició d'infectats en reclamar l'atenció mèdica imprescindible per controlar la malaltia no serà possible, amb les estratègies actuals, eradicar del nostre entorn aquesta epidèmia.

El document és un exemple del potencial multiplicador que pot tenir l'acció integral, catalitzada a través de les organitzacions comunitàries, en el control i eradicació de noves infeccions pel VIH. Tanmateix, es posen de manifest febleses importants que comprometen i limiten l'èxit i que demanen respostes i estratègies molt més actives.

Anna Rafel, Sonia Notario, Marta Melgosa i Emili Sales

Associació Antisida de Lleida

Teresa Puig

Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Joan Fibla

Associació Antisida de Lleida i

Universitat de Lleida-IRBLleida

Per a més informació:

Dr. Joan Fibla

Associació Antisida de Lleida

C. Lluís Besa 17, 25008 Lleida

gestio@antisidalleida.org

joan.fibla@gmail.com

AGRAÏMENTS

Aquest programa ha estat possible gràcies a la dedicació i professionalitat de l'equip vinculat al Servei de Detecció VIH, Oriol Saura, Mateu Ubach, Ester Busquets, Creixell Escoda, Laia Cardet i Mercè Samsó, i a la col·laboració dels voluntaris i professionals de l'Associació que directament o indirectament han estat relacionats amb el projecte. El Servei de Detecció del VIH disposa de finançament específic del Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida (PPAS) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i el suport i assessorament del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Agraïm la col·laboració del Laboratori Clínic ICS a Lleida per les dades facilitades (Dr. Joan Farré). A la Dra. Anna Sabaté (CAP Rambla Ferran de Lleida), per

la seva inestimable col·laboració en la derivació d'usuaris. La implantació del programa ha estat possible gràcies a la col·laboració de les Oficines Joves, el Departament de Benestar Social i Família, dels ajuntaments de la Seu d'Urgell, el Pont de Suert, Balaguer i les Borges Blanques, dels consells comarcals de l'Alt Urgell, l'Alta Ribagorça, la Noguera i les Garrigues i el suport econòmic de la Diputació de Lleida. Esperem haver contribuït a la millora de la salut de totes aquelles persones que han confiat en la nostra Associació en moments d'angoixa i desolació.

BIBLIOGRAFIA

1. Granich RMR, Gilks CFC, Dye CC, De Cock KMK, Williams BGB. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet*. 2009 Jun 2; 373 (9657): 48-57.
2. La prevenció i el diagnòstic precoç, objectius principals del Pla d'acció enfront del VIH/sida 2010-2013. *Infosida*, nº 40 juny 2010.
3. Associació Antisida de Lleida. Memòries 2007-2012. <http://www.antisidalleida.org/>
4. Oliva G, Almazán C, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AATRM Núm. 2007/03*.
5. Fernández-López L, Rifa B, Pujol F, Becerra J, Perez M, Merono M, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS*. 2010 Jun; 21 (6): 388-91.
6. Romero AA, González VV, Esteve AA, Martró EE, Matas LL, Tural CC, et al. Identification of recent HIV-1 infection among newly diagnosed cases in Catalonia, Spain (2006-08). *Eur J Public Health*. 2012 Nov 30; 22 (6): 802-8.
7. Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya. Desembre 2012.
8. SIVES 2012 Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya, document tècnic nº21, CEEISCAT, 2013
9. Soler-González J, Real J, Farré J, Serna C, Cruz I, Ruiz C, et al. [Comparative analysis of serological tests performed in immigrants in the Lleida health area]. *Aten Primaria*. 2013 Feb; 45 (2): 84-91.
10. Gardner EME, McLees MPM, Steiner JFJ, Del Rio CC, Burman WJW. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis*. 2011 Mar 14; 52 (6): 793-800.
11. Gardner LI, Metsch LR, Anderson-Mahoney P, Loughlin AM, del Rio C, Strathdee S, et al. Efficacy of a brief case management intervention to link recently diagnosed HIV-infected persons to care. *AIDS*. 2005 Mar 4; 19 (4): 423-31.

El problema dels acúfens

L'acufen o *tinnitus* és la percepció d'un soroll en una o ambdues oïdes sense una font sonora externa que el produeixi.

Els egipcis parlaven de "l'oïda encantada" i posteriorment s'adoptà la denominació llatina *tinnere* o *tin-ni-tus*, que significa tintineig, i que ha arribat als nostres dies amb el nom d'acufen.

S'estima que un 40% de la població ha escoltat en alguna ocasió aquest tipus de so, encara que només un 6% el sent de forma persistent i entre un 0,5-1% refereixen que els acúfens els afecten de forma important interferint en la seva vida social o en la seva capacitat per conciliar el son.

Què sabem de l'acufen?

Es creu que l'acufen és produït per una activitat aberrant en la via auditiva, que és processada i interpretada de forma anòmala pels centres superiors que es relacionen amb l'audició i generen aquesta percepció en les oïdes.

Existeixen múltiples teories i models que ho intenten explicar, atès que no hi ha un únic mecanisme responsable. En la majoria de casos, existeix una lesió a nivell coclear, que pot produir una descoordinació del funcionament de les cèl·lules ciliades internes i externes o un augment del glutamat (neurotransmissor excitador) en la sinapsi coclear, produint aquest estímul aberrant de la via aferent auditiva. Una altra alteració que s'ha observat és la disminució de la síntesi de GABA (àcid gamma-aminobutíric) en la via auditiva, que podria justificar els acúfens en pacients normoients. El GABA és el neurotransmissor inhibitori més important del cervell, que fomenta la relaxació, la son i la regulació de l'ansietat. Un dèficit de GABA podria generar l'acufen i incrementar l'estrès i l'ansietat d'aquests pacients.

Sigui quin sigui el mecanisme intermediari, la conseqüència de la pèrdua d'estimulació aferent produeix una reorganització del mapa auditiu cerebral, sobremanifestant-se les freqüències auditives adjacents a les lesions, cosa que produeix aquestes

sensacions auditives anòmales anomenades acúfens.

S'ha vist que, una vegada establert aquest mecanisme, apareixen uns sistemes de compensació central que poden conduir a la cronificació de l'acufen. S'han vist connexions amb el sistema límbic que influeixen en la resposta emocional a aquests acúfens, connexions amb el còrtex prefrontal que intervé en el comportament i la integració emocional, i enllaços amb àrees de memòria com l'amígdala i l'hipocamp. Dependent de com es realitzi aquesta xarxa, els acúfens poden ser anul·lats, ja que no s'interpreten com una amenaça pel propi pacient, o poden convertir-se en més invalidants i que es perpetuïn en el temps. Com que són àrees relacionades amb la via de la dopamina, es pensa que un augment de dopamina podria explicar l'aparició d'acúfens.

Tanmateix, el que hem de tenir present és que tot aquest mecanisme s'activa per diferents processos o malalties que apareixen a nivell otològic o en altres localitzacions, i alguna d'aquests és greu.

Les més freqüents són la presbiacúcia, el traumatisme acústic (que és la causa principal en gent jove, i la segona causa més important en gent gran) i els fàrmacs ototòxics (salicilats, aminoglucòsids, diürètics, antidepressius, antiparkinsonians com la levodopa, anticonvulsius com la carbamazepina, o citotòxics com el cisplatí). Altres causes otològiques serien els cossos estranyes, patologies que afectin l'oïda mitjana (com otitis, perforacions timpàniques, otosclerosi...), la malaltia de Ménière, l'hipoacúcia sobtada o un neurinoma del VIII. Altres patologies poden també generar acúfens per una hiperexcitabilitat neural central, com poden ser el traumatisme cranioencefàlic, l'accident vascular cerebral, l'esclerosi múltiple, els tumors en l'angle pontocerebel·lós,



Els egipcis parlaven de "l'oïda encantada" i posteriorment s'adoptà la denominació llatina de "tinnere" o "tin-nitus", que vol dir tintineig



III l'HTA, la diabetis mellitus, l'hipertiroïdisme i estats ansiosos o depressius.

Altres causes que poden originar-los poden ser una disfunció de l'articulació temporomandibular per la relació del sistema somatosensorial amb la via auditiva. També poden fer-ho patologies vasculares que afectin l'artèria caròtida interna o la vena jugular interna, així com malformacions o fistules arteriovenoses, que ens donarien característicament un acufen pulsàtil.

Paper del metge

Quan un pacient consulta perquè presenta un acufen és important fer una anamnesi dirigida per valorar totes les causes exposades prèviament. En l'exploració física, l'otoscòpia ens alertarà si presenta alguna patologia otològica i l'exploració neurològica ens valorarà les possibles causes cen-

trals. També serà necessari valorar les xifres tensionals i realitzar una analítica per descartar endocrinopaties. Si el pacient presenta un acufen d'aparició aguda, és important la instauració precoç de tractament si trobem una causa tractable, perquè podrem revertir l'acufen i evitar la formació dels sistemes de compensació central que porten a la cronificació. Si l'acufen és crònic, també s'haurà d'estudiar la causa que l'origina o l'ha originat i sobretot descartar les possibles causes greus. La majoria de vegades, si no es troba una causa des d'Atenció Primària, el pacient haurà de ser valorat per l'otorinolaringòleg per realitzar un estudi més exhaustiu mitjançant proves que valorin la via auditiva (audiometria, potencials evocats auditius de tronc cerebral...) per diagnosticar o descartar una causa otològica i poder orientar a altres possibles causes.

Tractaments en l'actualitat

Quan s'ha establert l'acufen, el tractament és complex i existeixen multitud d'abordatges terapèutics amb una efectivitat variable sense que cap aconsegueixi curar-los definitivament. Cap tractament farmacològic en l'actualitat s'ha demostrat clarament efectiu en els assajos clínics aleatoritzats, encara que poden ser útils en grups aïllats de pacients. Alguns anticonvulsius com la gabapentina i lamotrigina han estat emprats pels seus efectes sedatius, antidepressius, anticolinèrgics i GABAèrgics. Els ansiolítics, com les benzodiazepines, també podrien ser útils pel seu efecte GABAèrgic. Hi ha estudis que avalen l'ús de l'alprazolam i el clonazepam, però, en canvi, no s'ha vist efectivitat amb el diazepam.

En un estudi del 2009, l'alprazolam mostrava millora dels acúfens fins i

tot en pacients sense ansietat. Els antidepressius són útils quan hi ha un alt component emocional associat, encara que s'ha de tenir en compte que aquests fàrmacs també són causa d'acúfens. Els que ofereixen els resultats més prometedors són els nous inhibidors de la recaptació de la serotonina, entre aquests la sertralina és el que ha demostrat una major millora tant de l'acufen com de l'ansietat o depressió. Els antihistamítics, com la hidroxicina, poden ajudar pels seus efectes sedatius centrals sobre el còrtex i el sistema límbic. La sulpirida actua bloquejant els receptors dopaminèrgics D2 a nivell límbic i del còrtex, modulant la intensitat de l'acufen. També s'ha vist que la melatonina pot ser útil per al tractament dels acúfens per la seva possible activitat antidopaminèrgica. Els antagonistes dels receptors glutamatèrgics poden dismi-

El tractament és complex, hi ha multitud d'abordatges terapèutics, però cap no cura definitivament

Els nous inhibidors de la recaptació de la serotonina són els més prometedors

nuir els acúfens en evitar la sobreexcitació neurotòxica del glutamat. S'ha vist que l'acamprosats, fàrmac utilitzat en el tractament de la privació alcohòlica, podria ser útil perquè té una doble acció, antagonista dels receptors de glutamat NMDA i agonista del GABA.

Els corticoides sistèmics s'utilitzen per l'efecte antiinflamatori en la còclea, la modificació electrofisiològica intracoclear i l'augment del flux sanguini de la microcirculació coclear, de manera que són beneficiosos per al tractament de l'acufen agut d'origen coclear. Ultimament, s'ha estudiat l'administració intratimpànica, amb resultats heterogenis en els estudis realitzats. Altres fàrmacs utilitzats sense evidència suficient per al seu ús són els diürètics, la betahistina, el Ginkgo Biloba, la trimetazidina i els vasodilatadors cerebrals.

A part del tractament farmacològic, que encara és una mica controvertit, les teràpies sonores poden ajudar els pacients a reduir els efectes dels acúfens. Els romans ja sabien l'incòmode que podia arribar a ser escoltar constantment un xiulet quan tota la resta de l'entorn està en silenci. Per això, elegien per a les seves reunions llocs pròxims a manantsials o fonts que amb el soroll continu de l'aigua disminuïa aquesta sensació. Als nostres pacients els podem recomanar utilitzar aquest sistema per dissimular l'acufen, sobretot en moments silenciosos com la nit, "emascarant" els acúfens amb música a volum baix o col·locant un humidificador o ventilador que generi un soroll blanc, fent que l'acufen sigui menys irritant i sigui més fàcil conciliar el son.

També es pot recomanar l'ús d'audiòfons com a teràpia sonora de pacients que presentin acúfens i hipoacúsia, atès que amplifica els sons externs fent menys audibles els propis acúfens, i que és útil en un 40% d'aquests pacients. Un altre tractament sonor útil en pacients amb o sense hipoacúsia i que s'ha demostrat efectiu consisteix en el reentrenament auditiu. Mitjançant uns aparells similars als audiòfons, s'emeten un soroll poc intens durant unes hores al dia durant diversos mesos per aconseguir l'habitució. També existeixen uns dispositius que emeten un so de banda ampla introduït en música relaxant per mitigar l'acufen temporalment. En l'actualitat hi ha programes de teràpia sonora per a reproductors de MP3, ordinadors i smartphones que es poden baixar d'Internet.

El que s'ha vist és que perquè qualsevol tractament sonor o farmacològic sigui més efectiu ha d'anar combinat sempre del consell terapèutic positiu (*counseling*), on el pacient compregui que els acúfens són una percepció del cervell, que es pot revertir i que, en la majoria de casos, no implica una patologia greu.



» A part d'intentar disminuir la percepció dels acúfens, un altre aspecte que cal tenir en compte és el tractament dels efectes emocionals que produeixen, com l'insomni, l'estrès i l'aïllament. Existeixen teràpies cognitivoconductuals que mostren una millora de la qualitat de vida i de la depressió associada dels pacients buscant l'habitació a l'acufen, sense que aquest desaparegui. Altres eines que poden ajudar els pacients són els grups d'ajuda i assessorament que ofereixen suport emocional. L'Associació de Persones Afectades pel Tinnitus (APAT) i l'Associació Americana (ATA) compten amb ajuda online en llengua castellana. Malgrat tot, si l'acufen és sever, seria recomanable l'avaluació per un psicòleg o psiquiatre.

Un altre aspecte a tenir en compte és que els acúfens produeixen insomni, estrès i aïllament

La realització d'esports, especialment ioga, s'ha vist d'utilitat en el control dels acúfens

Altres teràpies com l'acupuntura o la hipnosi no han demostrat eficàcia en estudis científics

Finalment, convé anotar que la realització d'esports, i especialment el ioga, s'ha vist d'utilitat en el control dels acúfens. De fet, la Universitat de Harvard (Boston) va realitzar un estudi pilot en què es va observar que el grup de pacients que realitzaven ioga tenia un increment del 27% dels nivells de GABA, que podria relacionar-se amb aquesta millora. Altres teràpies utilitzades com l'acupuntura o la hipnosi no han demostrat eficàcia en estudis científics.

En resum, no existeix un abordatge únic per al maneig de l'acufen. La història clínica personalitzada i les característiques de cada pacient marcaran l'elecció del tractament més adequat, dins d'un entorn multidisciplinari. Una de les opcions per al maneig inicial,

i com a síntesi general, seria l'ús de tractament corticoidal en els acúfens aguts o tractament dirigit si en trobem la causa; si l'acufen s'acompanya de patologia psicosensoorial, cal provar antidepressius i fàrmacs per controlar el son, i si ja tenim un acufen crònic, utilitzariem teràpies sonores amb associació de fàrmacs si existeix una afectació molt important de la qualitat de vida.

Per finalitzar, m'agradaria incidir en el fet que els acúfens s'estan convertint en un problema creixent, sobretot en gent cada vegada més jove, a causa de l'exposició reiterativa a la música a decibels elevats. De fet, no és sorprenent que músics com Bono, Eric Clapton, Pete Townshend o Sting hagin declarat en alguna ocasió els seus problemes d'acúfens. És important que la gent tingui consciència d'aquesta malaltia. De fet, l'actor William Shatner (*Star Trek*) i el cantant Chris Martin (Coldplay), entre altres, han contribuït a la lluita contra els acúfens fent diverses campanyes amb l'objectiu de prevenir-los i animant la gent que abaixi el volum dels seus reproductors MP3 i que utilitzi protecció als concerts.

**Dra. Montserrat Borràs i
Dr. Xavier Galindo**
Servei d'Otorinolaringologia.
Hospital Santa Maria-GSS. Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Erlandsson SI, Hallberg LR. Prediction of quality of life in patients with tinnitus. *Br J Audiol* 2000 Feb; 34 (1): 11-20.
2. Bauer CA, Wisner KW, Baizer JS, Brozoski TJ. Tinnitus, Unipolar Brush Cells, and Cerebellar Glutamatergic Function in an Animal Model. *PLoS One* 2013; 8 (6): e64726. Published online 2013 June 13.
3. Herráiz C. Mecanismos fisiopatológicos en la génesis y cronificación del acúfeno. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005 Oct; 56 (8): 335-42.

Fascitis plantar

La fascitis plantar es una patologia en auge desde que al salir a correr le llamamos footing y ahora running.

Es un problema frecuente en los corredores de medio y gran fondo y el motivo de consultas más común referido al pie. En la población general tiene una incidencia entre los 40 y 60 años con predominio del sexo femenino. Suele ser bilateral hasta en un 30% de casos. Es un proceso autolimitado con remisión de los síntomas a diez meses vista en un 80% de los casos. Un 5% de los pacientes precisan un tratamiento quirúrgico. La probabilidad del éxito terapéutico aumenta con un diagnóstico inicial rápido y un tratamiento precoz.

La fascia plantar es una poderosa estructura de tejido conectivo, que se encuentra en la planta del pie cubriendo la musculatura de la bóveda plantar y abarca desde el talón hasta la cabeza de los metatarsianos. Entre sus principales funciones destaca el mantenimiento del arco longitudinal



Figura 1

interno, aportando estabilidad estática y dinámica al pie, y la absorción de la energía deformante que se produce en la carrera y el salto.

Las causas son diversas:
· Actividad laboral de pie

- Episodios prolongados de bipedestación
- Sobrepeso y obesidad (aumento del IMC)
- Correr sobre superficies duras
- Calzado inadecuado



FERRERUELA
CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant
De dimecres a dissabte: migdies i vespres
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com





11% - All 3 Areas

4% - All 8 Areas

Figura 2. Localización del dolor plantar

- Variaciones anatómicas del pie o trastornos que ocasionen alteraciones biomecánicas del pie: pie cavo, pie plano, pronación retropié
- Patología que disminuya la flexión dorsal de la articulación del tobillo: Tendón de Aquiles corto
- Sobrepeso por embarazo



Figura 3. Estiramiento de la fascia plantar

- Zapato inadecuado. Zapato de tacón alto
 - Procesos reumáticos como la artritis psoriásica y el síndrome de Reiter, entre otros
 - Etc.
- Todas estas causas someten a un estrés o sobrecarga repetida en la

fascia plantar, es decir, ocasionan continuos microtraumatismos que la inflaman y en ocasiones llegan a romper parte de sus fibras.

El dolor puede ser agudo y punzante sobre todo por las mañanas en los primeros pasos al levantarse cediendo al cabo de unos minutos. Puede rea-



Figura 4. Estiramiento tendón de Aquiles 1



Figura 5. Estiramiento tendón de Aquiles 2

parecer después de períodos de inactividad como el estar sentado un rato y al levantarse de la mesa después de una comida.

En ocasiones aparece de forma sorda y progresiva en relación al aumento de la actividad física, estar de pie mucho rato, distancia recorrida, intensidad de la carrera, superficie sobre la que corramos, etc.

El dolor suele aparecer en la parte posterior de la planta del pie (calcáneo) irradiándose hacia delante a lo largo de la fascia plantar.

En ocasiones pueden palparse nódulos fibróticos en su trayecto.

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante la exploración física.

Para el diagnóstico no suelen ser necesarias las pruebas de imagen. Solo se solicitan en casos de dudas diagnósticas o en presentaciones atípicas.

La RMN suele evidenciar un engrosamiento de la fascia plantar al igual que una ecografía, pero en este caso el coste es más reducido.

No existe correlación clínica entre la fascitis plantar y el espolón calcáneo que se observa en algunas radiografías. El espolón es una consecuencia y no el origen del dolor. Entre el 15 y 25% de la población presenta un espolón calcáneo sin repercusión funcional ni clínica y solo el 5% de pacientes con fascitis plantar tienen un espolón.

El dolor suele aparecer en la parte posterior de la planta del pie irradiándose hacia delante

En ocasiones suelen palparse nódulos fibróticos en su trayecto

No existe consenso terapéutico sobre el tratamiento más efectivo

Tratamiento

Hay múltiples opciones, pero su eficacia es muy diversa. No existe consenso terapéutico sobre el tratamiento más efectivo.

Se considera que un tratamiento instaurado de forma precoz mejora el pronóstico.

- Medidas higiénicas: reposo, reducir peso
- Antiinflamatorios orales: no más de un mes de tratamiento

· Infiltración con corticoides: como complicaciones pueden presentarse ruptura de la fascia y atrofia de la almohadilla grasa. Se reserva para casos rebeldes cuando el tratamiento conservador no ha tenido éxito

· Estiramientos de la musculatura intrínseca (fascia plantar) y extrínseca del pie (Gastrocnemios-Aquiles). Es uno de los métodos más efectivos para el tratamiento de la fascitis plantar crónica.

Los ejercicios de estiramiento de la fascia plantar son simples y se realizan estando el paciente sentado con la pierna afecta cruzada sobre la contralateral y cogiendo los dedos por la base de éstos, especialmente el primero, y realizando una flexión dorsal que mantenemos durante 20-30 segundos y realizando 10 ejercicios que repetiremos tres veces al día (Figura 3). La primera serie debe realizarse por la mañana antes de poner el pie en el suelo.

Los ejercicios de estiramiento del tendón de Aquiles también se realizan en tres sesiones al día de 10 repeticiones cada una siendo la primera después de levantarse por la mañana y tras realizar los ejercicios de estiramiento de la fascia plantar. Estaremos en bipedestación de cara a la pared a una distancia que corresponda a los brazos extendidos, extenderemos hacia delante la extremidad inferior sana y

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: 902 362 492

Telèfon Lleida: 973 273 859



Figura 6a



Figura 6b



Figura 7

extenderemos hacia atrás la pierna afecta con la rodilla estirada y apoyaremos firmemente el talón en el suelo. Ahora deslizaremos el cuerpo hacia delante doblando los codos. Mantendremos esta posición durante 20-30 segundos sin despegar el talón del suelo (Figura 4). También puede realizarse este ejercicio con ambas rodillas ligeramente dobladas (Figura 5). Podemos complementarlo con un ejercicio que consiste en colocarnos en el extremo libre de un escalón apoyados sobre la punta de los pies y dejaremos bajar lentamente los talones sin doblar las rodillas. Mantendremos esta posición durante 20-30 segundos y lo repetiremos 10 veces. Lo realizaremos

también en tres tandas al día (Figura 6a/6b). Si tenemos un trabajo que nos obligue a estar mucho rato de pie en la misma posición o mucho rato sentados, podemos utilizar un descansapiés o reposapiés ergonómico de oficina para apoyar los pies y que nos mantenga una posición de flexión dorsal del pie.

- Taping: eficacia comprobada
- Ultrasonidos: no hay evidencia que lo respalde
- Láser: no hay evidencia que lo respalde
- Masoterapia: mínima evidencia a su favor
- Crioterapia: la utilización repetida

de hielo es una de las formas más eficaces para limitar el dolor y la inflamación. Se puede utilizar bolsas con hielo, bolsas de gel helado, de forma casera la típica bolsa de guisantes congelados o se congela agua en un vaso de plástico desechable al que le rompemos la orilla y aplicamos un masaje de 10-15 minutos tres veces al día (Figura 7). Otra opción válida es utilizar una botella de plástico con agua congelada que envolveremos con una toalla y con la que realizaremos ejercicios de masaje con la planta de pie haciéndola rodar por el suelo hacia adelante y atrás (Figura 8).

- Ortesis: taloneras, soportes para el

- arco plantar, plantillas
- Férulas nocturnas. Transcurridos 6 meses sin mejoría
- Factores de crecimiento (plasma rico en plaquetas)
- Ondas de choque: resultados contradictorios
- Cirugía: la técnica más utilizada es la fasciotomía parcial por técnica abierta o cerrada. La tasa de éxito es del 70-90% y la recuperación oscila entre semanas a meses

Para la prevención de estas lesiones y para el calentamiento deportivo lo más efectivo es que realicemos los ejercicios comentados de estiramientos de la fascia plantar y del tendón de Aquiles.

En el mundo deportivo un error frecuente y bastante grave es no respetar la fase de reposo. El dolor que mejora al cabo de unos días de reposo no implica una resolución del proceso y la reincorporación deportiva sin tomar medidas preventivas es de frecuentes recaídas que siempre suelen ser peores. Cuando empecemos una actividad deportiva no habitual o la retomemos después de un período de inactividad, la realizaremos de forma progresiva en duración e intensidad. Realizaremos ejercicios de estiramiento previamente y usaremos zapato deportivo adecuado acorde con la especialidad deportiva que vamos a realizar.

Es importante a la hora de elegir el calzado deportivo para la carrera que nos dé estabilidad en la pisada y que absorba y amortigüe los impactos con el suelo. Las suelas de una zapatilla de carrera tienen una vida que se considera que hasta los 600 y 800 kilómetros mantienen intactas las propiedades de absorción del impacto al correr. Transcurrido este tiempo, la suela se vuelve más dura, absorbe menos el impacto y puede perjudicar a la planta del pie y a las articulaciones de las piernas.

J.M. Florista Izquierdo
Traumatología. Unidad de Pie
Hospital Santa Maria



Figura 8a – 8b – 8c

Ús actual de la teràpia electroconvulsiva

S'utilitza avui en dia la teràpia electroconvulsiva? Persisteixen les controvèrsies? Quins efectes pot tenir sobre el teixit cerebral i les funcions cognitives? Els metges i professionals de la salut ens deixarien fer un tractament amb teràpia electroconvulsiva en cas que estigués indicada? Què és el primer que pensem quan sentim aquestes paraules? Són molts els mites i les creences que encara avui en dia hi ha sobre la teràpia electroconvulsiva.

Així doncs, quan ens formulem aquestes preguntes probablement les primeres paraules que evoca la nostra memòria són *electroshock*, electricitat, descàrregues elèctriques, cures de son, etc., a més d'un seguit d'imatges intrusives que s'incorporen a la nostra ment. Ràpidament, ens vénen al cap seqüències de pel·lícules en què s'ha utilitzat aquesta tècnica. Qui no ha vist *Alguien voló sobre el nido del cuco* (Milos Forman, 1975), en què s'utilitza el tractament com un càstig al comportament, o *Réquiem por un sueño* (Darren Aronofsky, 2000), en què és utilitzada per tractar l'addicció als tòxics? El cinema ha donat una visió poc realista i un ús inadequat de la tècnica en si.

Tampoc hi han ajudat les campanyes de desprestigi de diferents corrents antipsiquiatria, encara avui vigents, que han anat transmetent el seu missatge des de diferents vies segons l'època. Aquests missatges també són difosos per cèlebres estrelles de Hollywood i seguidors de l'Església de la Cienciologia (per exemple, Tom Cruise i John Travolta), de manera que l'impacte del seu discurs és més mediàtic i massiu. Altres fonts d'informació que també es poden consultar són diferents pàgines web en contra (www.cchr.org; www.scientology.org; www.dianetics.org; www.antipsychiatry.org; www.ect.org), on ràpidament trobem un ampli ventall de dades, informacions i comentaris sense cap filtre, que tampoc ens ajuda a tenir una bona opinió sobre la tècnica.

Segurament, tots en tenim una opinió més o menys creada, hi podem estar d'acord o en desacord, però no ens deixa indiferents, i cal dir que, tot i tenir detractors, és una tècnica que avui en dia es continua utilitzant.

A partir d'ara intentarem explicar la realitat menys mediàtica i més científica amb l'objectiu de donar a conèixer la tècnica, el seu estat actual i el seu ús a la nostra regió sanitària. Com ja s'ha descrit, hi ha gent que creu que la TEC

Taula 1

INDICACIONS PRIMÀRIES

Depressió:

- Greu amb o sense simptomatologia psicòtica
- Alteracions psicomotores (inhibició –estupor melancòlic– o agitació)
- Risc de suïcidi
- Bona resposta a TEC en episodis anteriors
- Pseudodemència depressiva

Esquizofrènia/episodis maníacs o mixtos:

- Episodis aguts amb gran desorganització conductual i cognitiva
- Agitació greu i/o estupor catatònic
- Antecedents de bona resposta a TEC

INDICACIONS SECUNDÀRIES

Depressió/esquizofrènia/mania:

- Contraindicació, efectes indesitjables importants i/o resistència a antidepressius, antipsicòtics o eutimitzants
- Situacions que requereixen una ràpida resposta terapèutica (escassa col·laboració que suposí risc per a la salut o a tercers)
- Cicladors ràpids

Altres:

- Malalties neurològiques (malaltia de Parkinson, epilèpsia resistent...)
- Embaràs amb episodis psicòtics, maníacs, depressius, mixtos o esquizofrènics
- Preferència del pacient davant d'altres tractaments

Taula 2

INDICACIONS DE LA TEC M (APA)

- Història de la malaltia recurrent que ha respost a TEC
- Un o l'altre:
 - No s'ha provat l'eficàcia de la farmacoteràpia sola en la prevenció de recaigudes o no es pot administrar de forma segura amb aquest propòsit
 - Preferència del pacient



Imatge de la pel·lícula "Alguien voló sobre el nido del cuco"

funciona i n'hi ha que creu que no, però no s'ha de mirar des de la creença, sinó des de l'evidència científica.

Quina és la veritable història de la TEC?

La teràpia electroconvulsiva és un tractament que apareix en la dècada dels anys 30 (Cerletti i Bini, 1938) i la realitat és que des d'aleshores el seu ús ha estat controvertit. En aquella època ja van sorgir diferents corrents d'opinió tant a favor com en contra. Als seus inicis, possiblement pel desconeixement de la tècnica i per l'escassa alternativa de tractaments farmacològics (apareixen als anys 50 els primers tractaments eficaços), va ser utilitzada excessivament i, posteriorment, va tenir uns anys de decadència impulsada per corrents poc afins per acabar quedant desprestigiada.

Malgrat tot, alguns professionals en van continuar fent ús objectivant el seu benefici terapèutic, i no és fins a finals dels anys 80 i principis dels 90 que tornem a trobar publicacions sobre aquesta tècnica⁽³⁾. L'interès ha anat en

augment i la publicació d'articles s'ha incrementat exponencialment en les dues últimes dècades, tot i ser un tractament amb escàs suport econòmic en el camp de la recerca i la investigació.

S'ha vist que la tècnica ha evolucionat i que cada vegada és més específica, acurada i amb una clara evidència científica, i que amb un ús correcte en les seves indicacions és molt efectiva i segura. Actualment, existeixen col·lectius, associacions, corrents antipsiquiatria i professionals de la salut que continuen generant opinió en contra d'aquest tractament, però la seva eficàcia en determinades patologies està avalada per l'evidència científica i les guies clíniques actuals.

La tècnica ha evolucionat o s'aplica com ens ensenyen a les pel·lícules?

La tècnica ha evolucionat progressivament des dels seus inicis. L'avenç probablement més significatiu va aparèixer a principis de la dècada dels 50 amb el que s'anomena la TEC modificada, en què s'introdueix l'anestèsia

Persisteixen les controvèrsies sobre la teràpia electroconvulsiva?

Quins efectes pot tenir sobre el teixit cerebral i les funcions cognitives?

Els metges i professionals de la salut es deixarien fer un tractament amb TEC en cas que estigués indicada?

en la realització del tractament. Posteriorment, s'afegeix el control del registre electroencefalogràfic, es realitza una monitorització fisiològica acurada, s'utilitza l'oxigenoteràpia, es té en compte la ubicació dels elèctrodes i es millora la dosificació de l'estímul (principalment amb la disminució de l'amplitud i la incorporació d'estratègies per a la modificació del lliandar).

El tractament s'aplica mitjançant uns aparells que emeten energia, que han passat de ser d'ona sinusoidal a aparells de polsos d'ona breu per poder minimitzar i controlar més exhaustivament l'Ener us que realitzen TEC i donar una qualitat assistencial més específica als usuaris de la tècnica. Les seves funcions són:

- Coordinar el personal implicat en la tècnica i els professionals responsables dels pacients que estan realitzant TEC.
- Valoració de nous casos que poden ser candidats a realitzar TEC o TECc/m.
- Actualització i seguiment segons les guies terapèutiques vigents.
- Valoració de casos en comitè (risc/!!!)



La creació d'unitats específiques permet augmentar l'eficàcia i millora la qualitat assistencial dels usuaris

benefici).
e) Posar en pràctica programes de millora de la qualitat de la TEC (organitzatius, tècnics, docents i de recerca).

La unitat actualment està formada per un equip multidisciplinari que pertany a diferents serveis (Psiquiatria, Anestesiologia i Reanimació).

Què en podríem dir als seus detractors en el moment actual?

Per concloure, i contradient els seus detractors, podem dir que avui en dia la TEC és un tractament d'ús habitual en les patologies psiquiàtriques tant en fase aguda com en fase d'estabilitat. Si el seu ús s'ajusta a les indicacions adequades, ha demostrat que és una tècnica eficaç, eficient i segura. La creació d'unitats específiques permet augmentar l'eficàcia i l'eficiència de la tècnica i millora la qualitat assistencial dels usuaris, reduint les pèrdues socials, familiars i laborals que els pacients amb malalties psiquiàtriques poden tenir durant un ingrés hospitalari, de manera que poden mantenir la seva funcionalitat en aquestes àrees. També podem trobar via web tota una sèrie de pàgines neutres i informatives relacionades amb la tècnica (ex. www.guiasalud.es/egpc/depression; www.chiefpsychiatrist.health.wa.gov.a; www.nice.org.uk, etc.).

Amb aquesta informació esperem haver trencat falses creences i mites

Avui la TEC és un tractament habitual en les patologies psiquiàtriques

Ha demostrat que és una tècnica eficaç, eficient i segura si s'ajusta a les indicacions adequades

sobre la tècnica. I, tornant a les preguntes inicials, els metges i professionals de la salut ens deixariem fer un tractament amb teràpia electroconvulsiva en el cas d'estar indicada? Les noves generacions de psiquiatres tenim clara la resposta i aquesta és afirmativa.

Dra. Aurora Torrent Setó
Dr. Josep Pifarré Paredero
Dra. Iolanda Batalla Llordes

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatry Association. The practice of electroconvulsiva therapy. Recommendations for treatment, training and privileging. Second edition. Washington DC: APA; 2001.

Bernardo et al. Consenso Español sobre la terapia electroconvulsiva. Sociedad Española de Psiquiatria; 1999.

Cobo Gómez JV, Rojo Rodés JE. Terapia electroconvulsiva de mantenimiento. Ed. Glosa; 2001.

Mankad MV, Beyer JL. Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2010.

Rami L, Salamero M, Boget T, Catalán R, Ferrer J, Bernardo M. Pattern of cognitive dysfunction in depressive patients during maintenance electroconvulsive therapy. Psychological Medicine 2003; 33: 345-350.

Rami-González L, Bernardo M, Boget T, Ferrer J, Portella MJ, Gil-Verona JA, Salamero M. Cognitive status of psychiatric patients under maintenance Electroconvulsive Therapy: a one-year longitudinal study. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2004; 16 (4): 465-471.

Rapinesi C, Kotzalidis GD, Serata D, Del Casale A, Scatena P, Mazzarini L, CaBrugnoli R, Carbonetti P, Fensore C, Girardi P. Prevention of relapse with maintenance electroconvulsive therapy in elderly patients with major depressive episode. J ECT 2013 Mar; 29 (1): 61-4.

Soler Insa PA, Gascón Barrachina J, eds. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Terapia electroconvulsiva. RTM-IV Cyesan 2012; 19a: 673-682.

Sanchez R., Alcoverro O., Pagerols J., Rojo J.E. Mecanismos de acción de la terapia electroconvulsiva. Actas Esp Psiquiatr 2009; 37 (6):343-351.

La casa del cirurgià

En les repetides visites a Cal Menut, de Belianes, casa rural i restaurant de qualitat, en el punt on la Vall del Corb comença a perdre el nom per convertir-se en el Pla d'Urgell, i on es pot degustar un magnífic bacallà salvatge, m'ha cridat l'atenció la llinda de la casa del costat, molt ben conservada, que porta un cartell en baix relleu, presidit per una creu, on es llegeix: "AÑY 1790 – FRANCISCO VIDAL – CIRURGIÀ".

L'Enciclopèdia Catalana defineix la llinda com la pedra travessera que clou la part superior d'un portal o una finestra i que descansa sobre els muntants.

A primer cop d'ull crida l'atenció, deixant a banda el magnífic estat de conservació de la pedra, la mateixa grafia de la inscripció, començant per la paraula "AÑY", atès que incorpora, al mateix temps, la "ñ" castellana i la "y" que correspon al mateix so en català "ny".

La creu encerclada que situada al mig de la inscripció de l'any hem de considerar que és una invocació cristiana, i no pas un senyal identificatiu de la professió sanitària del propietari de la casa, atès que la identificació gràfica de la sanitat amb una creu és relativament recent.

Però allò que per a mi resulta més significatiu és l'ortografia del mot "cirurgià". Així, tant correcte, com si acabés

de passar pel servei de normalització lingüística, però no, el mateix rètol proclama que és de l'any 1790, i ja fa mes de 200 anys que és a la vista de tothom, resistint calors i freds, guerres, revolucions i campanyes d'uniformisme idiomàtic en castellà. Veient aqueta llinda, un entén millor el sentit de la pedra i el seu significat de fortalesa i de perennitat.

No sé pas si avui, en aquella casa, hi viu un cirurgià, ni si hi té la consulta idubto de si hi viu ningú de manera estable. Però la llinda es manté allí, clara i neta, tossuda. Ningú l'ha tret, i continua marcant la singularitat de la casa. Tampoc sabem si encara es conserven els estris que utilitzava el cirurgià, que va bastir la casa i va posar la llinda.

Amb el temps ha canviat, sino el concepte mateix de cirurgià, si el seu camp professional, i, especialment, la seva formació. Avui només tenim en el record allò del cirurgià-barber, o del barber-cirurgià, de "roba curta", autoritzat per a tractar ferides, fractures i intervencions externes. Els llibres antics ens parlen de cirurgians pràctics, sagnadors, llevadors i practicants, i només el record dels orígens de la professió, lligat a les habilitats personals i a la pràctica en la curació de ferides i afeccions externes, ens pot ajudar a entendre el vertader significat d'aquesta llinda en una casa

de Belianes, que l'any 1790 tenia uns 643 habitants. Per això hem de suposar que es tracta de la casa d'un practicant.

El desenvolupament de la cirurgia va tenir el seu punt d'inflexió amb la creació del Col·legi de Cirurgia de Barcelona per Pere Virgili, el 1760, i es va mantenir com una professió independent fins el 1827, en què va quedar unida a la medicina, i, des de llavors, de les universitats lliuren títols de licenciats en Medicina i Cirurgia.

L'any 1790, que figura a la llinda de la porta de la casa de Belianes, ocupava el tron de la monarquia espanyola el rei Carles IV, en una època convulsa pel efectes de la Revolució Francesa i tímida entrada de les idees lliberals, frenada pel filtre imposat pel compte de Floridablanca en la línia de la frontera. La gent de llavors vivia el pròleg de la que poc temps després va ser la guerra del Francès, però no ho sabia. La Vall del Corb no era gaire diferent a la que podem veure avui, en tot cas, potser hi havia més horts al costat dels pobles, i es desconeixen tant les antenes de televisió com els molins de vent per a fabricar energia elèctrica. La Plana d'Urgell era una terra dura i assedegada, inhòspita, que fins i tot les legions romanes de Juli Cèsar evitaven travessar.

I, al poble de Belianes, un cirurgià, proclamava la seva existència damunt la pedra.

J. Corbella i Duch
Advocat



Llinda conservada a Belianes

El doctor Manuel Camps Clemente

De nissaga de metges, el doctor Manuel Camps Clemente va néixer el 19 de febrer de 1920 a Maials, on aleshores exercia el seu pare, i va morir el 15 de juny de 2013 a Vilanova de la Barca.

Molt vinculat al Col·legi de Metges, on havia format part de la Junta de Govern durant la presidència del doctor Bonaventura Lladonosa i havia publicat *Els orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida* (2003) quan presidia la institució el doctor Xavier Rodamilans, va exercir a la Portella (1946-1951) i a Alcarràs (1951-1990).

L'actual presidenta, doctora Rosa Maria Pérez i el director de BUTLLETÍ MÈDIC, Joan Flores, amb molt afecte al meu pare i pel fet de les seves múltiples contribucions a la secció d'història de la revista, em van demanar que reflectís en unes quantes línies la seva vocació d'historiador.

El meu pare va ser, sobretot, un metge rural de la mà del seu pare, Manuel Camps Achón (Lleida, 1893 – Vilanova de la Barca, 1962) i també va tenir un gran afecte al passat per influència del seu avi, Francesc Camps Farré (Igalada, 1849 – Vilanova de la Barca, 1929), que havia escrit unes memòries íntimes molt amenes, profundes i amb molts detalls del segle XIX, que ell havia viscut.

La passió pel passat va despertar el seu esperit investigador, que es va centrar sempre en troballes de primera mà, movent-se, com a casa, en el seu entorn local i sense necessitat de buscar en terres llunyanes.

En arribar a Alcarràs l'1 d'agost de 1951, el seu afany de recerca es va començar a materialitzar amb força en el camp de l'arqueologia, ja que en aquell temps el seu terme era molt ric en jaciments arqueològics. En va localitzar una cinquantena de totes les edats (bronze, ferro, ibèrics i romans), actualment desapareguts a causa dels treballs d'anivellació dels terrenys.

Es va fer molt amic de Rodrigo Pita Mercè, molt afeccionat a l'arqueologia i nebot del doctor Manuel Mercè Sendra (Lleida, 1894 – Lleida, 1957), antic president del Col·legi de Metges (1946-1957).

Va començar a assistir a congressos i va conèixer els grans arqueòlegs de



A Alcarràs es va materialitzar el seu afany de recerca per l'arqueologia

S'orienta cap a la història en el II Congrés d'Història de la Medicina a Catalunya

Va ser un metge rural de la mà del seu pare

l'època: Pericot, Maluquer de Motes, Palou, Bertran, Vilaseca (metge de Reus), Almagro, etc.

Entre les troballes arqueològiques n'hi havia, al seu criteri, de caràcter mèdic, com, per exemple, l'ídol de Puig Pelegrí entre altres, fet que va iniciar el seu pas de l'arqueologia a la història de la medicina.

Va afavorir aquest canvi de rumb el fet d'anar al II Congrés d'Història de la Medicina Catalana que es va celebrar a Barcelona el juny de 1975, al qual va assistir com a convidat el futur Nobel de Literatura Camilo José Cela, a la seu de la Reial Acadèmia, el qual, en unes de les línies del seu discurs, recordo que va reflexionar sobre els riscos de l'especialització, la qual considerava un greu pecat de la societat moderna, parent molt pròxim de la fossilització.

Nosaltres vam presentar la comunicació *Antecedents prehistòrics del*

santuari de Butsènit, treball que va despertar molt interès i se'n va fer ressò *La Vanguardia* del 4 de juny.

Allí va conèixer els iniciadors de la historiografia mèdica catalana, Corbella i Calbet, entre altres, i es va trobar millor amb ells que amb els arqueòlegs, de distinta carrera a la seva i on se sentia com un intrús.

Aquesta coincidència succeïa quan tenia 55 anys, però en va viure 38 més i els va saber utilitzar molt bé.

No havia pertangut a cap escola, cosa que potser li hauria permès publicar més aviat. Era un autodidacta que es va obrir camí en la difícil selva del coneixement i en va saber treure resultat. Sense saber-ho, es va convertir en un mestre admirat que ensenyava generosament els descobriments que feia amb la seva investigació personal.

Penso que algunes de les virtuts que li van facilitar fer el camí solitari van ser el seu interès innat per la cultura popular i la paciència de saber parlar amb la gent i anotar tots aquells refranys i eixarms que va anar escoltant durant els molts anys d'exercici mèdic.

En la dècada dels 70, va recórrer tot Espanya amb la idea d'iniciar una col·lecció de càntrils i va visitar els centres nacionals més importants i característics encara oberts: Calanda, Priego, Mota del Cuervo, Úbeda, Traiguera, Zafra, Alba de Tormes, Moveiros, Agost, etc.

Aquesta col·lecció no feia res més que sumar-se a les coses més diverses que des de ben jove havia anat recopilant: segells, monedes, estris relacionats amb la medicina, ceràmica popular, indumentària antiga, mobles, pintura, escultura i tot tipus d'antiquitats.

Encara en la seva etapa final estava treballant en la vida, creences i costums a la Lleida baixmedieval.

Un altre aspecte que li va interessar va ser la castel·lologia. Va estudiar i inventariar els castells lleidatans i els anys 1997-1998 va elaborar, després de visitar-los tots, més de dues-centes fitxes inventari d'arquitectura militar, recopilades per l'Asociación Española de Amigos de los Castillos i destinades al Ministeri de Cultura.

També va fer un recull dels castells del vessant sud del Pirineu per formar part de *Le Dictionnaire des Pyrénées* (Editions Privat), de Tolosa de Llenguadoc, publicat l'octubre de 1999.

Sense cap mena de dubte, l'ànima d'aquestes afeccions va ser el seu amor prematur al passat. L'atracció que aquest li produïa el va empènyer a endinsar-s'hi per acabar descobrint dades i obtenir conclusions sobre les tres històries que resumeixen la seva vocació d'historiador: la història de si mateix, la dels llocs on va viure i la de la seva professió.

Del seu propi passat, diré que la genealogia li va interessar molt. Va

També li va interessar la castel·lologia i va estudiar i inventariar els castells lleidatans

L'epidemiologia històrica, sobretot la peste bubònica, l'entusiasma

Va llegir i va publicar la seva tesi doctoral quan tenia 81 anys

aconseguir, després de molts anys de feina, recopilar sis esglaons successius anteriors al seu, tant per via paterna (catalana) com materna (aragonesa), i va adquirir un coneixement profund i detallat dels seus avantpassats des del començament del 1700. Un dels seus antecedents materns, Mariano Cerezo (Saragossa, 1739 – Saragossa, 1809), és recordat pel gran novel·lista Benito Pérez Galdós en els seus *Episodios Nacionales*, quan parla de Saragossa.

Quant al passat dels llocs on va viure o topogràfic, va publicar dues edicions de la història d'Alcarràs: *Alcarràs. Aspectes històrics i etnològics* (1990) i *Història de la vila d'Alcarràs* (2003); i dos de la de Vilanova de la Barca: *De Castellpagès a Vilanova de la Barca* (1990) i *Vilanova de la Barca. La seva història i els seus costums* (2003); i va tenir temps de fer les històries de Torrefarrera i Soses: *Torrefarrera i el seu entorn històric* (1996) i *Soses a través de la història* (2004).

Finalment, el passat de la seva professió, la història de la medicina, va ser una de les seves afeccions predilectes, igual que l'exercici. Bàsicament, va fer recerca en els camps de l'epidemiologia, medicina legal, medicina teúrgica, arxius parroquials i altres.

L'epidemiologia històrica, centrada sobretot en la pesta bubònica, va ser un tema que l'entusiasma. Va recórrer pràcticament tot Catalunya per acabar obtenint molts treballs i, sobretot, dos llibres molt interessants, un sobre *La pesta del segle XVII a Catalunya* (1985) i l'altre sobre *La pesta del segle XV a Catalunya* (1998).

Va treballar molt en el camp de la medicina legal a la baixa edat mitjana. *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la Baixa Edat Mitjana* (2001) va ser la seva tesi doctoral, dirigida pel professor Jacint Corbella, llegida quan tenia 81 anys i publicada després. És una tesi que, a parer del

mateix doctor Corbella, constitueix un treball de primer ordre en la recerca mundial sobre el tema. Amb la seva investigació hem pogut saber detalladament quins van ser els orígens, com es duia a terme i com va evolucionar una de les funcions més antigues de la medicina, la del peritatge mèdic, que és l'eix vertebrador de la medicina forense, el mateix que l'acte mèdic ho és de la medicina assistencial.

En el mateix camp, el seu llibre *El turment a la Baixa Edat Mitjana (segles XIV-XVII)* (1998), en paraules del doctor Corbella, acabarà quedant com un clàssic dels nostres estudis de sociologia mèdica medieval.

El conreu de la medicina màgica o teúrgica va ser una de les derivacions de l'arqueologia cap al camp de la història de la medicina. El resultat han estat molts articles i un llibre molt atractiu: *Santuaris lleidatans amb tradició mèdica* (1981).

En la dècada dels 70, va investigar diversos arxius parroquials del Baix Segre i d'altres comarques i, com a més significatiu, el de Sant Joan de Lleida, obtenint moltes dades d'interès sanitari, que culminaren en diversos articles i, com a obra més completa, el llibre *Aspectes Sanitaris de l'Arxiu de Sant Joan de Lleida. Segle XVII* (1983), treball que ha servit com a exemple i guia per a més de 50 tesis doctorals arreu de Catalunya, obrint camí a una nova línia d'investigació històrica.

Entre altres obres, cal destacar *Els llibres de les biblioteques de metges i cirurgians catalans antics* (1999), fruit de l'estudi de molts inventaris de metges i cirurgians catalans.

Si bé el passat va ser un dels pols d'atracció més importants de la seva vida i al qual va dedicar moltes hores per reconstruir-lo, el transcurs del seu present acompanyat sempre per la seva esposa, Josepa Surroca Rosell, també li va donar temps d'anar construint el futur al qual pot aspirar una persona. En el seu cas, la petjada han estat els seus quatre fills (un metge i una infermera i dos metgesses), onze néts entre nens i nenes i tres besnétes.

Per triar-ne una que continuarà la nissaga, la seva néta Blau, que el va acompanyar molt en els últims dies de la seva vida fent-li de metgessa, va assistir al lliurament de les orles de la seva promoció de Medicina justament el dia anterior de la mort de l'avi; i aquest ho va saber hores abans de morir, però no ho va poder celebrar. Com tampoc va poder conèixer, encara que n'era conscient, la seva besnéta Sofia, que havia nascut a Los Angeles (Califòrnia) dies abans del seu traspàs. Segur que tots el recordaran, els uns a través de la seva figura, els altres a través dels seus escrits.

Dr. Manuel Camps Surroca

Només fins al 20 de desembre
o fins exhaurir-ne l'emissió

4%
D'INTERÈS
TÈCNIC ANUAL
GARANTIT

ASSEGURANÇA DE JUBILACIÓ ESTALVI FISCAL 105

La crisi econòmica ha posat de manifest la importància de tenir prestacions privades de jubilació per complementar la pensió pública que actualment és de 2.548,12€ bruts mensuals. La pèrdua respecte al salari mitjà d'un metge pot arribar a més del 60% dels seus ingressos. Per això Mutual Mèdica ofereix un rendiment garantit per assegurar la seva jubilació:

- 4% d'Interès Tècnic Anual Garantit.
- Possibilitat de cobrar en forma de **capital** o **renda**.
- **Gran avantatge fiscal**: fins al 100% de les aportacions són deduïbles en l'IRPF.

Si utilitza Mutual Mèdica com alternativa al RETA disposa d'aproximadament 5.500€ més per a deduir-se.



MutualMèdica

la mutualitat dels metges