

# BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 110

Gener del 2015



**L'Ebola: les evidències i els coneixements s'han d'imposar a l'alarma**

# La cobertura econòmica més completa per fer front als imprevistos

Assegurances de vida des de **62€ /any\***

A més de la defunció per qualsevol causa, podrà contractar opcionalment les cobertures següents:



**INCAPACITAT PROFESSIONAL**  
tindrem en compte la incapacitat per desenvolupar la seva feina habitual



**INVALIDESA ABSOLUTA I PERMANENT**



**AVANÇAMENT PER DIAGNOSI DE MALALTIA GREU**

\* Primes anuals en funció de l'edat i de les cobertures contractades. Exemple calculat per a un assegurat/da de 30 anys amb 100.000 € de capital de defunció per qualsevol causa.

## Llibertat d'expressió

La llibertat d'expressió és un dels drets fonamentals de la societat, ja que garanteix el dret a la pluralitat d'opinions i criteris imprescindible per bastir les estructures d'un sistema democràtic. La llibertat d'expressió reflecteix sanament la composició plural de la ciutadania des de l'àmbit ètnic i cultural fins a l'ideològic. El dret a la discrepància, a la diferència i el respecte a les minories s'han d'expressar lliurement sense coaccions, repressions i violència del tipus que sigui. La mordassa, la imposició per mitjans violents i la persecució són incompatibles amb la dignitat humana.

Ara més que mai el debat i la reflexió públiques, expressades amb llibertat, han d'assessorar i ajudar a decidir la ciutadania; en cas contrari, anem cap a la barbàrie. Sabem que els temps actuals són, a escala mundial, poc propicis per al debat públic que reclamem i que els sistemes democràtics pateixen també sovint un peatge pesat: silenciar opinions i qüestions "políticament incorrectes". Els mitjans i els canals per facilitar la difusió i el coneixement de la pluralitat d'idees són insuficients i, de vegades, precaris, tot i que darremament sembla que ressurgeixen.

Per respecte a la lliure expressió d'opinions, BUTLLETÍ MÈDIC s'esforça a reflectir la pluralitat existent en l'àmbit sanitari a través de la seva secció "Debat". Val a dir que aquesta secció ha aixecat algun recel puntual, algun malentès, però seguim i seguirem endavant. És la nostra manera de practicar "Je suis Charlie Hebdo".



### Patologia oncològica de l'aparell locomotor

Article del Dr. Jordi Colomina, del Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital de Santa Maria 18

### Psiquiatria d'interconsulta i enllaç

A càrrec de la Dra. Marta Sales, la Dra. Maria Irigoyen i la Dra. Esther Castan 22

### El Centre de Medicina de l'Esport

Article del Dr. Fernando Pifarré 30

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.coml.es> · [butlletimedic@coml.es](mailto:butlletimedic@coml.es)

**Consell de Redacció:**  
Tomàs Alonso Sancho  
Josep M. Auguet Martí  
Manel Camps Surroca  
Joan Carrera Guiu  
Josep M. Casanova Seuma

Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Josep M. Greoles Solé  
Silvia Iglesias Moles  
Mària Irigoyen Ontiñano

Aurora López Gil  
Xavier Matias-Guiu  
Mercè Matinero Tort  
Jordi Melé Olivé  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats

Eduard Peñascol Pujol  
Montse Puiggené Vallverdú  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santefé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas  
**Director:**  
Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació  
**Disseny i maquetació:**  
ÀGORA Comunicació,  
Assessoria i Mediació, SL  
**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** COMLL  
**Fotomecànica:** Gràfics Claret, SL  
**Impressió:** ImpresPla, SL  
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

### 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 €	<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>	<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>
4 Pàgines interiors	300,51 €				
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>				

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA

## BECAS POST-MIR DE LA DIPUTACIÓN DE LLEIDA

# Proyectos de investigación de la Dra. María Irigoyen, el Dr. Javier Salvador y la Dra. Marta Gracia

La Diputación de Lleida otorgó en 2014 ocho ayudas a post-MIR que finalizaron la especialización en alguno de los centros sanitarios leridanos durante el 2013. Los becados debían diseñar un proyecto de investigación en colaboración con algún grupo del Instituto de Investigación Bioética de Lleida (IRBLleida) y la Diputación formalizó con ellos contratos anuales con el objetivo de promocionar la investigación.

La Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación evaluó a los candidatos y los seleccionó una comisión formada por la dirección científica del IRBLleida, la gerencia territorial del ICS y los jefes de estudios de las unidades docentes del HUAV y de Medicina Familiar y Comunitaria.

Actualmente, la Diputación leridana prepara la convocatoria de ayudas post-MIR del 2015. Estas ayudas son compatibles con otros contratos laborales dentro de la red sanitaria.

BUTLLETÍ MÈDIC recoge un resumen de tres proyectos seleccionados en la convocatoria del pasado año.

## Prevención del riesgo suicida

La Dra. María Irigoyen ha desarrollado un proyecto que consiste en una consulta ambulatoria de seguimiento intensivo para la prevención del riesgo suicida. Esta consulta monográfica ya abrió sus puertas el 2 de diciembre de 2013, pero la obtención de dicha ayuda ha permitido su consolidación en el tiempo. La apertura de la consulta fue resultado de su rotación externa en la Unidad de Riesgo Suicida de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, bajo la supervisión del Dr. Enrique Baca-García, jefe de servicio de Psiquiatría y experto internacional en temas relacionados con el suicidio.

Los sujetos de inclusión son todos los pacientes que han realizado recientemente un intento de suicidio, mayores de edad y con capacidad para la

comunicación, excluyéndose de este modo cualquier situación de barrera idiomática y deterioro cognitivo que imposibilite la entrevista y la exploración psicopatológica. Se excluyen los pacientes que por motivos geográficos no pueden acudir a Lleida, los que están vinculados previamente con Psiquiatría y aquellos que su referente previo manifiesta su oposición a dicho seguimiento. Los pacientes pueden ser derivados desde cualquier dispositivo (Servicio de Urgencias Generales y Psiquiátricas, Unidad de Agudos de Psiquiatría, Hospital de Día, Centro de Salud Mental, Atención Primaria, etc.). El tiempo de espera hasta la primera visita es inferior a siete días. Se realiza un seguimiento de tres meses, que es el período de tiempo que se estima de máximo riesgo de reincidencia después de realizar un intento de suicidio, a razón de un mínimo de seis visitas ambulatorias (cada dos semanas aproximadamente), llegándose a realizar muchas más siempre que sea preciso por inestabilidad psicopatológica, persistencia de ideación o necesidades diversas del paciente. Durante la primera visita se realiza una batería de pruebas consistente en recogida de variables epidemiológicas y realización de pruebas psicométricas, siempre con el previo consentimiento informado del paciente. A nivel clínico, se efectúa un estudio diagnóstico, se instaura tratamiento y se trabajan los aspectos relativos al intento suicida identificando los desencadenantes y fortaleciendo los factores protectores de cada individuo. Cabe destacar que este estudio fue aprobado por el CEIC.

Hasta la actualidad, se han visitado aproximadamente 140 pacientes. Pendientes de análisis más exhaustivos, se puede extraer que la inmensa mayoría son derivados desde ambos dispositivos de Urgencias Generales y Psiquiátricas y que la adherencia a las visitas es alta, presentando un abandono del 10%. Casi el 75% presentaban

antecedentes en psiquiatría y casi la mitad referían conducta suicida previa, aunque muchos de ellos no realizaban seguimiento o no tomaban tratamiento en el momento actual. Transcurridos los tres meses, los pacientes que no realizaban seguimiento previo en Psiquiatría y que estaban estables a nivel psicopatológico fueron derivados a Atención Primaria para su control evolutivo. Cinco pacientes han vuelto a intentar suicidarse y seis pacientes han precisado ingreso hospitalario en la Unidad de Agudos de Psiquiatría al presentar riesgo suicida severo imposible de gestionar a nivel ambulatorio.

La Dra. Irigoyen hace constar su agradecimiento a la Dra. Puigdevall por su confianza, lo que le ha permitido desempeñar esta labor en el servicio y culminar sus aspiraciones en el área de la investigación. Asimismo, agradece el acompañamiento de sus compañeros y referentes en la consecución de ambos proyectos. Además, anima a los residentes que finalizan su formación especialista este año a que contemplen la investigación como un complemento indispensable en el tiempo actual a la asistencia clínica.

## Factores neurobiológicos en TDAH

El proyecto del Dr. Javier Salvador tiene como objetivo principal estudiar la relación de los factores neurobiológicos con la disfunción ejecutiva en aquellos pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). El TDAH es un síndrome conductual con debut en la infancia que puede persistir en la edad adulta, de base genética y neuroquímica, que evoluciona hacia una disfunción psicopsicótica, cognitiva y conductual.

La principal disfunción cognitiva se manifiesta en el deterioro de las funciones ejecutivas. Las bases neurobiológicas que explicarían este deterioro cognitivo siguen siendo desconocidas. La investigación de los marcadores neurobiológicos podría revelar potenciales mecanismos implicados. Asimismo, la detección de estos marcadores neurobiológicos en sangre periférica podría ser relevante para entender la fisiopatología de la enfermedad y su progresión hacia dicho deterioro cognitivo y funcional.

El reclutamiento de pacientes se realiza en la Unidad de TDAH del Adulto del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida. Esta unidad, dirigida por la Dra. Luna, inició su actividad asistencial en el año 2010. Una vez establecido el diagnóstico de TDAH y de su posible comorbilidad asociada, se elabora un plan terapéutico individualizado y se realiza el seguimiento del tratamiento hasta la estabilización clínica del TDAH.

La Unidad de TDAH del Adulto de Lleida está ubicada en el mismo recinto hospitalario del Hospital de Santa María y está formada actualmente por tres psiquiatras, la Dra. Luna, la Dra. David y el Dr. Salvador. Los pacientes pueden venir derivados desde el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) al cumplir la mayoría de edad, a través de otros profesionales clínicos (mayoritariamente desde el Centro de Salud Mental de Adultos-CSMA o desde Atención Primaria) o a través del mismo paciente (autoderivaciones) que sospecha padecer TDAH y quiere que se le realice un estudio diagnóstico del mismo. Es bastante frecuente que acudan padres de niños diagnosticados de TDAH, que reconocen padecer los mismos síntomas que sus hijos desde su infancia.

Los pacientes incluidos en el estudio se benefician de un estudio diagnóstico exhaustivo mediante entrevistas clínicas, exploraciones psicométricas, baterías neuropsicológicas y evaluación del funcionamiento psicosocial del individuo. Este estudio no suele realizarse en la práctica clínica habitual.

Los criterios de inclusión son pacientes que cumplan los criterios DSM-IV-TR y/o DSM-V para TDAH y en los últimos meses no hayan recibido tratamiento específico para el TDAH ni tratamiento más idóneo según el perfil y tipo de TDAH de cada paciente hasta su estabilización clínica. Transcurridos al menos 6 meses del inicio del tratamiento, vuelve a realizarse el estudio psicométrico y neuropsicológico inicial, así como nuevo análisis de sangre, para

comparar los resultados previos y posteriores a seis meses de tratamiento.

## Seguimiento ambulatorio para prevenir el suicidio

## Relación de factores neurobiológicos con disfunción ejecutiva en TDAH

## Ateromatosis acelerada en pacientes renales

ta se hace un estudio diagnóstico mediante entrevista clínica y escalas psicométricas del TDAH. Si se establece el diagnóstico de TDAH, durante las siguientes visitas se realiza un estudio neuropsicológico exhaustivo para determinar las áreas cognitivas mayormente afectadas y un análisis de sangre para la detección de los marcadores neurobiológicos implicados.

Se inicia, de forma individualizada, el tratamiento más idóneo según el perfil y tipo de TDAH de cada paciente hasta su estabilización clínica. Transcurridos al menos 6 meses del inicio del tratamiento, vuelve a realizarse el estudio psicométrico y neuropsicológico inicial, así como nuevo análisis de sangre, para

comparar los resultados previos y posteriores a seis meses de tratamiento.

Este proyecto pretende ser un puente entre la neurociencia básica y la práctica clínica, aplicando en la práctica clínica los resultados de la investigación básica, mejorando los conocimientos sobre las bases neurobiológicas de la enfermedad, buscando marcadores de enfermedad y evolutivos y alternativas terapéuticas más eficaces.

## Ateromatosis acelerada en pacientes renales

La Dra. Marta Gracia, en colaboración con el equipo de investigación de Nefrología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, ha estudiado el papel de la ateromatosis acelerada en la supervivencia de los enfermos renales.

Los enfermos renales crónicos presentan una elevada afectación por enfermedades cardiovasculares, que es la principal causa que amenaza la supervivencia de los pacientes renales por encima de la propia enfermedad renal. Sin embargo, poco se conocía del papel de la ateromatosis acelerada en la supervivencia de estos enfermos.

Los objetivos del proyecto son esclarecer qué factores se asocian a la presencia de ateromatosis subclínica y conocer la velocidad de progresión de la enfermedad ateromatosa y los factores asociados a dicha progresión para intentar prevenir la aparición o progresión de la enfermedad ateromatosa y las enfermedades cardiovasculares.

El proyecto se basó en datos procedentes de enfermos renales de todo el territorio español recogidos durante un seguimiento de dos años y analizados en profundidad con el equipo de Nefrología. Los resultados de estos estudios se han difundido a nivel estatal e internacional en congresos y algunas publicaciones.

La experiencia de la Dra. Gracia es que resulta enriquecedor poder contribuir, aunque sea modestamente, al avance de la ciencia, y poder hacerlo desde un grupo de investigación biomédica emergente como es el IRBLleida y el Hospital Arnau de Vilanova. Marta Gracia cree que es necesario que los nuevos médicos especialistas inviertan tiempo en la investigación y les anima a que se lo planteen ya en los últimos meses como residentes.

La Dra. Gracia agradece a la Diputación de Lleida que haya abierto otra puerta a los residentes que finalizan el período de formación como médicos especialistas en Lleida.

Afirma, además, que las becas provinciales permiten financiar proyectos de investigación e iniciativas innovadoras que aportan calidad, rigurosidad y confianza a las tareas de los médicos en la práctica clínica habitual y benefician a los pacientes.





A dalt, d'esquerra a dreta: Alexandre Tortosa Cuadrat, primer premi; Fares Arranz Abdul-Ghani, segon premi, i Josep Masich Piqué, tercer premi. A la dreta, nens i nenes participants en el concurs

## Alexandre Tortosa Cuadrat guanya el Concurs de Nadales del COMLL 2014

Hi participen 46 nens i nenes familiars dels membres del COMLL

Alexandre Tortosa Cuadrat, de 7 anys, va guanyar la setena edició del Concurs de Nadales del Col·legi Oficial de Metges de Lleida. El seu dibuix va il·lustrar la felicitació nadalenca del COMLL. El segon premi va ser per a Fares Arranz Abdul-Ghani, de 18 mesos, i el tercer per a Josep Masich Piqué, d'11 anys.

Un total de 46 nens i nenes van participar en l'edició del 2014 del concurs que convoca el Col·legi entre els joves familiars dels seus col·legiats i col·legiades.

El COMLL va obsequiar els petits i les petites artistes amb un berenar i els va lliurar regals per agrair-los la seva participació.





A l'esquerra, ponents de la jornada. A la dreta, públic assistent



## XII Jornada d'Immunitzacions de l'Àmbit de Lleida

La 12a edició de la Jornada d'Immunitzacions, organitzada pels serveis d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut i l'Agència de Salut Pública de Catalunya, es va celebrar el 21 de novembre. L'acte va omplir l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut des de primera hora del matí fins passades les 14 h.

El Dr. Josep Pifarré, director dels Serveis Territorials del Departament de Salut, i la Sra. Àngels Costa, directora adjunta d'Atenció Primària de la Gerència Territorial de Lleida, van inaugurar la jornada. En la inauguració es van destacar les bones cobertures en la vacunació antigripal d'enguany en l'Àmbit Alt Pirineu i Aran (44,9%) i l'Àmbit Lleida (42,3%) en relació amb la resta d'àmbits d'Atenció Primària (mitjana de Catalunya, 36,9%), però encara per sota del que recomana el Departament de Salut. També es va remarcar que s'ha de fer un esforç important per augmentar les cobertures dels grups de 60 a 65 anys i els grups de risc menors de 60 anys (Àmbit Alt Pirineu i Aran, 22,91%; Àmbit Lleida, 19,65%, i mitjana de Catalunya, 16,47%).

José M. Bayas, del Centre de Vacunació de l'Adult de l'Hospital Clínic de Barcelona, va parlar de les perspectives de millora de la vacunació de l'adult, concretament de la vacuna per

### Bones cobertures en la vacunació antigripal d'enguany

### Estan, però, per sota de les recomanacions de Salut

a l'herpes zòster, de l'antimeningocòccica B, de l'antipneumocòccica conjugada i de l'antidiftèrica, antitetànica i antipertussis (dTpa) en l'embarassada. L'herpes zòster (HZ) és una malaltia que afecta entre l'1,2 i el 4,8 per 1.000 de persones immunocompetents i, d'aquestes, entre el 10 i el 20% pateixen una neuràlgia postherpètica (NPH), que pot durar mesos o anys.

A partir dels 50 anys, augmenta la incidència de l'HZ i, a partir dels 60 anys, de la NPH. Amb l'edat també augmenta la durada i la intensitat de la NPH.

La vacuna Zostavax® és una vacuna atenuada, recomanada en diferents països amb estratègies de vacunació diferents. Estudis de models de cost-

efectivitat suggereixen la vacunació universal entre els 70-79 anys. A Espanya s'ha autoritzat per a majors de 50 anys en una dosi subcutània i comercialitzada en farmàcies amb prescripció mèdica.

La malaltia meningocòccica invasiva a Europa té la major incidència entre el primer any de vida i fins als 4 anys; a més, té un repunt entre els 15 i els 24 anys. La distribució dels serogrupos és variable entre països i el serogrup B és el predominant a Europa.

La European Medicines Agency (EMA) autoritza la vacuna Bexseo® a partir del dos mesos d'edat i amb diferents dosis depenent de l'edat d'administració. Espanya és l'únic país en què es restringeix la vacuna a ús hospitalari i se n'autoritza l'administració només a grups de risc o en cas de brots.

A causa d'un augment progressiu de la incidència de tos ferina i les recomanacions del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el Consell Assessor de Vacunes de l'Agència de Salut Pública de Catalunya autoritza una prova pilot en embarassades, que es realitza a l'Hospital Clínic de Barcelona, per valorar l'estratègia de vacunació amb dTpa en l'embarassada.

La conclusió d'aquest estudi és que la vacunació de la gestant entre les setmanes 27 i 36 pot ser l'estratègia més eficient, ja que la concentració d'anticossos que es traspasa al nadó el protegeix davant la malaltia durant els primers mesos de vida.

En la taula 1 es va tractar la vacunació en professionals sanitaris. Àngel Plans, cap del Servei de Prevenció de Riscos Laborals a l'Institut Català d'Oncologia, fonamenta la vacunació dels professionals de la salut en tres qüestions: l'ètica, de la qual ja par-

lava Hipòcrites - "faré servir la meua ciència per ajudar el malalt, segons la meua capacitat i coneixement. Del mal i la injustícia el preservaré" - la qualitat assistencial, en què les acreditacions hospitalàries i de l'Atenció Primària no inclouen la vacunació dels treballadors per evitar la transmissió d'infeccions (dibuix 1), i la gestió de recursos humans, que evidencia que l'absentisme laboral en no vacunats és més alt que en els vacunats durant els mesos d'incidència de la grip.

Les dades de vacunació dels professionals a Catalunya permeten un ampli camp de millora (dibuix 2).

No supera el 80% en la vacunació pel virus de l'hepatitis B; prop del 30% són susceptibles davant el xarampió (en l'últim brot a Catalunya, el 22% dels casos eren professionals de la salut), i la mitjana de vacunats de grip és del 17,1% davant el 75,2% dels EUA.

Pere Godoy, cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica de Lleida del Servei Regional de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va presentar les dades preliminars del projecte demostratiu del Pla de Salut: cobertura registrada de vacunació triple vírica i estat immunitari davant les malalties prevenibles per vacunació dels professionals de l'ICS de l'Àmbit Lleida amb l'objectiu de conèixer l'estat immunitari, el nivell de registre de les vacunacions, serologies i antecedents de malaltia i contrastar la informació entre els diferents registres (dibuix 3)

En la taula 2 es va debatre què passa actualment amb la vacuna de la varicel·la. Lluís Urbiztondo, cap de Secció de Prevenció de Malalties Infeccioses de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va fer un breu recorregut des de la primera vacuna de varicel·la auto-

ritzada a Espanya, l'any 1998, per a grups de risc, fins a la introducció de la vacuna en el calendari oficial als 10-14 anys d'edat, l'any 2005, i va parlar de com s'esgrimeixen les cobertures variables que s'assoleixen en els diferents territoris espanyols per a la vacunació des de l'any d'edat per no finançar-la.

L'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS) limita la disponibilitat de la vacuna i, posteriorment, l'agost del 2014, la declara d'ús hospitalari. Fernando Moraga, president de la Societat Catalana de Pediatria, va explicar quina postura adopten els pediatres, les bases científiques que els mantenen en la recomanació de la vacuna des de l'any de vida i les complicacions que la malaltia pot comportar.

Pepi Estany, infermera de l'ABS Artea de Segre, va exposar quines implicacions té en les consultes d'infermeria que arriben els pares a qui s'ha recomanat la vacuna i que l'han adquirit per diferents mitjans (Internet, compra directa en farmàcies d'Andorra...) i la disjuntiva si administrar-la o no.

César Tolosa, magistrat del Tribunal Suprem de Madrid, va parlar de les implicacions legals d'aquesta situació creada pel Ministeri de Sanitat espanyol. Dins el grup de medicaments que requereixen prescripció mèdica, els declarats "d'ús hospitalari" els ha de prescriure un metge adscrit a un servei hospitalari; les oficines de farmàcia no els poden dispensar. Per tant, als centres públics d'Atenció Primària no es pot recomanar ni administrar sense el risc de caure en una infracció disciplinària molt greu.

Tot i això, no s'exclou la responsabilitat de no atendre la demanda que ens puguin fer els pares per administrar



Dibuix 1

**REFLEXIONS SOBRE LA VACUNACIÓ DELS PROFESSIONALS:**

- Hem arribat al sostre de les campanyes de "convenciment"
- Necessitat de debat ètic: si els professionals som font d'infecció nosocomial... Puc mantenir el principi d'autonomia respecte a la meua vacunació?
- Necessitat de criteri de qualitat assistencial: si la vacunació és una eina efectiva per combatre la infecció nosocomial... Poden les organitzacions mantenir el criteri de voluntarietat de la vacunació?

Dibuix 2

### Dades preliminars de vacunació professionals ICS a Lleida

- De 2.087 persones, responen l'enquesta un 10,5%.
- Del total dels participants:
- Estan vacunats d'hepatitis B el 79,3%
- Estan immunitzats davant l'hepatitis A (vacunats o amb serologia positiva) el 79,8%
- Tenen 3 dosis o més de Td el 76,6%
- Són immunes enfront el xarampió el 83,0%
- El 43,6% estava vacunat contra la grip durant la darrera temporada 2013/2014.

Dibuix 3

una vacuna i que ens puguin denunciar per negligència professional, i la consegüent reclamació de danys i perjudicis, si apareix qualsevol complicació per la denegació de la vacunació.

Aquesta taula va crear un debat molt interessant i es va posar en evidència l'alegalitat ocasionada i la situació controvertida en què deixa els professionals sanitaris.

A causa de l'extensió en el temps d'aquest debat i de la seva importància, es va decidir ajornar per a una nova edició el taller *Buscant resposta a les preguntes freqüents*, que havien de conduir Lluís Urbiztondo i Glòria Mirada, del Servei Regional a Lleida de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

**Glòria Mirada i Pepi Estany**  
Comitè organitzador de la jornada

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions celebrades entre el 24 de novembre de 2014 i el 13 de gener de 2015, ha acordat i tractat, entre altres, els següents assumptes:

- Els metges pediatres que desenvolupin la seva activitat amb dedicació exclusiva en l'àmbit de l'Atenció Primària de la sanitat pública o concertada amb l'Administració gaudiran a partir de l'1 de gener d'una reducció al voltant del 20% en la prima de l'assegurança de responsabilitat civil professional del CCMC.

- Per qüestions tècniques i de millora, els actuals carnets col·legials seran substituïts per altres targetes.

- S'ha col·laborat en la difusió de la segona fase de l'enquesta de situació

laboral dels metges a Espanya.

- El Consell d'Administració de la companyia Healthsign, de la qual és soci el Col·legi de Lleida, ha acordat el cessament de la seva activitat de signatura electrònica i la dissolució de la societat.

- La Secció Col·legial de Metges Residents organitza el IV Cicle de Sessions Clíniques, el I Cicle de Cinema Temàtic i el I Concurs de Fotografia Amateur.

- S'ha acordat proclamar guanyador del Concurs de Felicitacions de Nadal 2015 el dibuix presentat per Alexandre Tortosa Cuadrat, de 7 anys, i com a segon i tercer finalistes, els treballs presentats per Fares Arranz Abdughani i Josep Masich Piqué, respectivament.

### La Dra. Montse Esquerda, directora de l'Institut Borja de Bioètica

El Patronat de l'Institut Borja de Bioètica (IBB)-Universitat Ramon Llull ha designat la Dra. Montse Esquerda directora general de l'IBB. La Dra. Esquerda és llicenciada en Medicina per la Universitat de Lleida, especialista en Pediatria, llicenciada en Psicologia per la Universitat Nacional d'Educació a Distància, doctora en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona.



Montse Esquerda és també membre de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya, presidenta de la Comissió Deontològica del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i membre del Consell de Redacció de BUTLLETÍ MÈDIC, entre d'altres. Actualment treballa al Centre de Salut Mental Infantojuvenil Sant Joan de Déu de Lleida.

### Moviment col·legial dels mesos de novembre i desembre de 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 6 altes durant els mesos de novembre i desembre de 2014: Alexandra Villuendas Tirado, Dalila Kettou, Esther Cambroner Cortinas, Juan Carlos Suárez Lozada, María Vicenta Carrizo Ibarra i Sorilandy Encarnación Mateo.

#### BAIXES

El Col·legi ha registrat 11 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de desembre figuren les defuncions dels Drs. Josep Francino Pujol, Jordi Llabeira Marco i Miguel Àngel Salvador Blasco.

Total col·legiats el 31/10/2014: 1.736.

#### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Antonio Rodríguez Salazar, Jorge O. Altamirano Vera i Joaquín Badía Simón.

### Estadística metges i metgesses col·legiats al COMLL

#### Nombre de metges i metgesses col·legiats

	TOTAL	HOMES	DONES
Menys de 35	261	63	198
De 35 a 44	365	125	240
De 45 a 54	430	193	237
De 55 a 64	464	308	156
De 65 a 69	96	80	16
De 70 i més	120	110	10
No consta	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.736</b>	<b>879</b>	<b>857</b>

#### Nombre de metges i metgesses col·legiats segons la seva situació laboral

No jubilats	1.540	716	824
Jubilats	196	163	33
No consta	0	0	0
<b>Total</b>	<b>1.736</b>	<b>879</b>	<b>857</b>

Dades referides a el 31 de desembre de 2014

### "HR Excellence in Research" europea per a l'IRBLleida

La Comissió Europea ha concedit a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) l'acreditació HR Excellence in Research per les seves polítiques justes i transparents de contractació i avaluació del personal investigador.

El distintiu permet donar visibilitat i reconeixement públic a les institucions de recerca compromeses amb els principis del Human Resources Strategy for Researchers.

L'IRBLleida ja s'havia compromès anteriorment a complir els principis de la Carta Europea de l'Investigador i el Codi de Conducta per a la Contractació d'Investigadors.



## Les evidències i els coneixements s'han d'imposar a l'alarma

El brot actual de malaltia per virus de l'Ebola connecta directament amb el concepte modern de "salut pública global", que es basa en la idea que la salut és un bé públic que cal salvaguardar a tot el món i, molt especialment, en el cas dels col·lectius més vulnerables, a través d'una àmplia perspectiva científica i una translació del coneixement cap a la pràctica de la salut pública, sense límit de fronteres, per a tota la població. Per tant, defensa l'aplicació de les tècniques de prevenció i promoció basades en la millor evidència científica de forma coordinada a tot el món<sup>1</sup>. L'objectiu d'aquest article és revisar la situació del brot actual de malaltia pel virus de l'Ebola i les seves implicacions internacionals i per a les nostres comarques.

## 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**

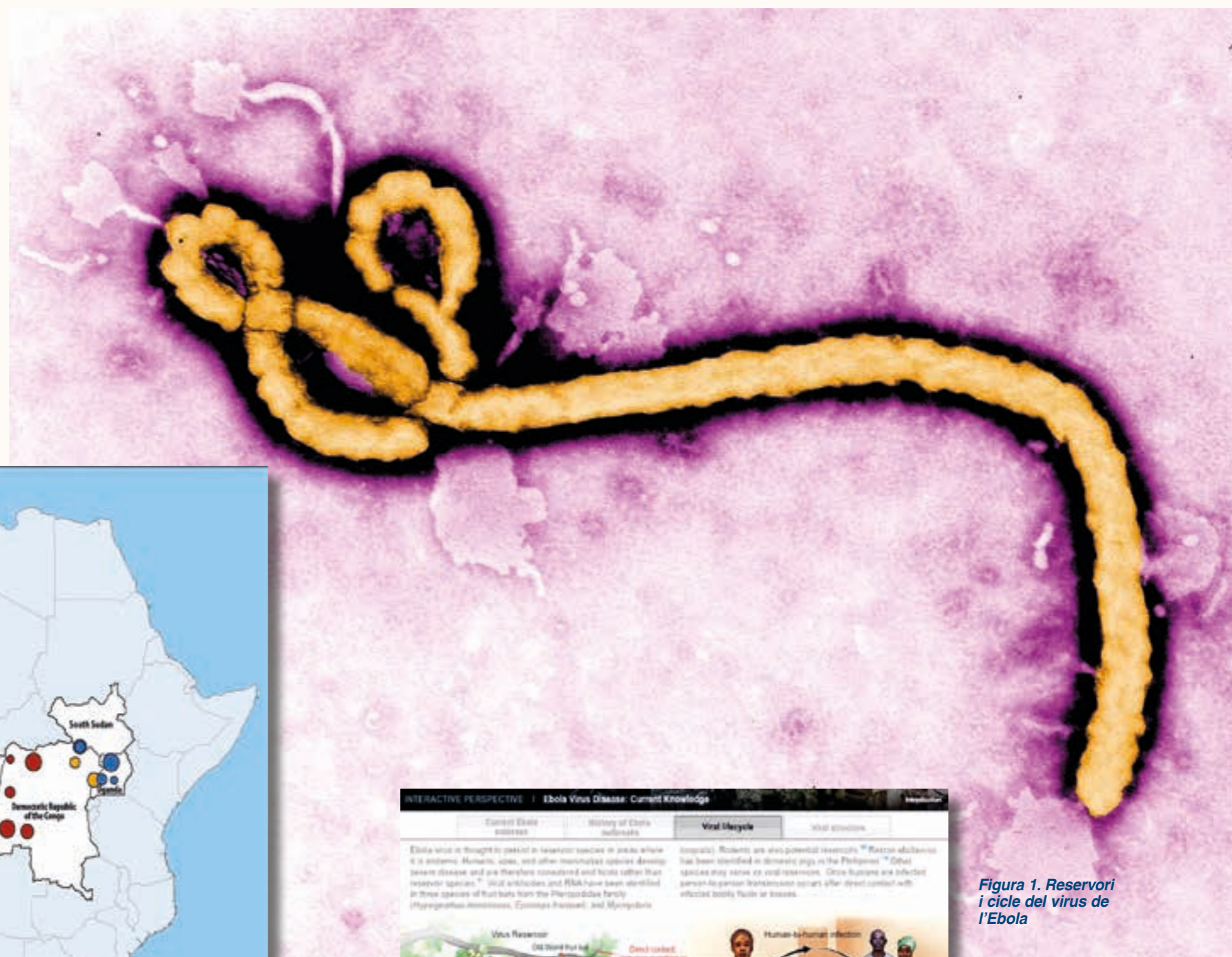
Telèfon Lleida: **973 273 859**

**El virus i la malaltia**

L'Ebola és un virus ARN del gènere *Ebolavirus* que es compon de cinc espècies diferents identificades en brots en primats humans i no humans: Bundibugyo (BDBV), Zaire (EBOV), Sudan (SUDV), Reston (RESTV) i Tai Forest (TAFV). Aquests virus poden sobreviure en fluids o a la superfície de materials dessecats durant uns dies, però s'inactiven amb radiació ultraviolada i gamma, escalfament durant 60 minuts a 60 °C o bullint durant 5 minuts. També són susceptibles al rentat amb aigua i sabó, solucions alcoholiques, l'hipoclorit sòdic i als desinfectants habituals<sup>2</sup>.

Els brots de l'Ebola es van originar a partir d'un reservori animal, probablement els ratpenats de la fruita, i amb la participació d'espècies animals intermèdies (figura 1). Des del primer brot, detectat l'any 1976 a Yambuku, Zaire (actual República Democràtica del Congo), se n'han detectat més de

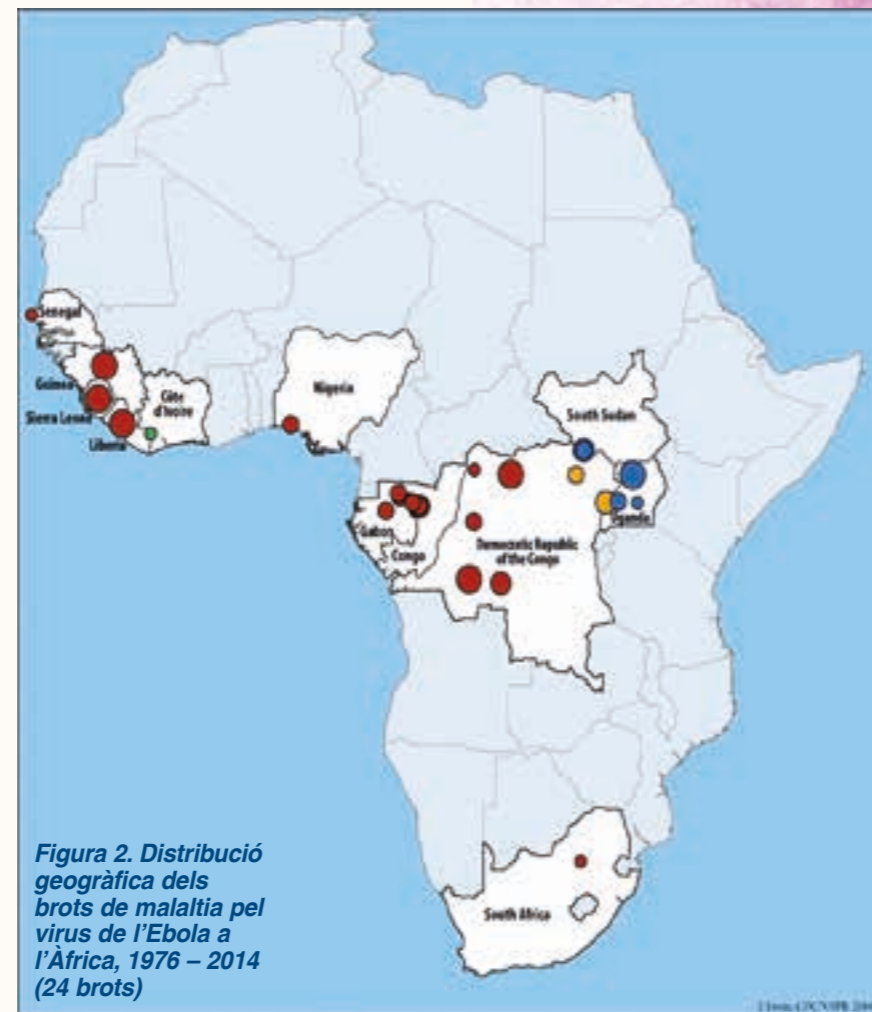
de la boca, el nas o els ulls<sup>3</sup>. La malaltia té un període d'incubació de 2 a 21 dies, durant els quals els infectats no la transmeten. La transmissió només es produeix a partir dels malalts amb símptomes clínics i s'ha de remarcar que no es transmet per aire ni a través del consum d'aigua o aliments<sup>3</sup>. El número reproductiu (R<sub>0</sub>), que indica quantes persones noves infecta cada malalt i que permet realitzar les projeccions futures del brot, s'ha estimat que és inferior a dos en aquests països amb sistemes sanitaris precaris, quan per a malalties com el xarampió, la parotiditis o la tos ferina el R<sub>0</sub> és molt superior. És cert que la malaltia és molt greu, que el risc per al personal sanitari que cuida pacients amb la malaltia molt avançada és molt superior i que, per tant, s'han d'utilitzar correctament els equips de protecció. Tanmateix, aquest risc és molt inferior en els primers dies de la malaltia i tampoc és representatiu del risc per al conjunt de la població<sup>4</sup>.



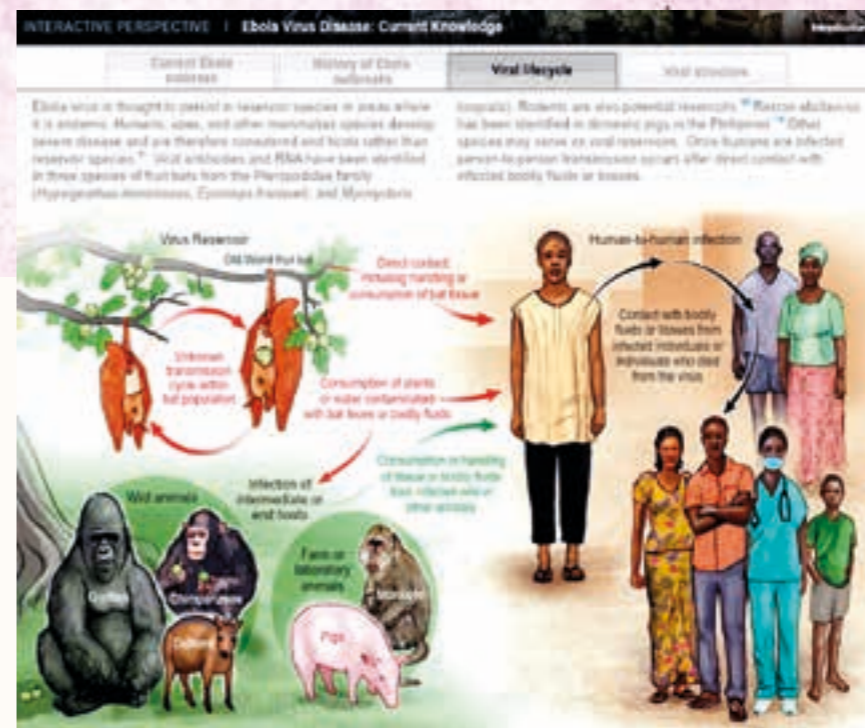
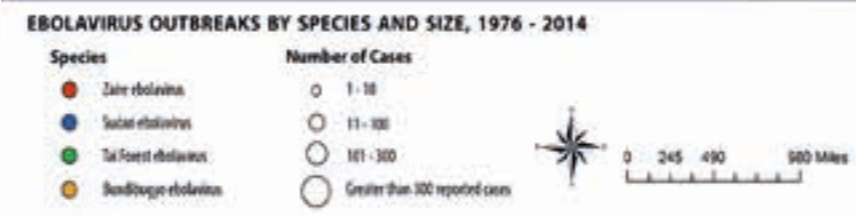
Els virus s'inactiven amb radiació ultraviolada i gamma, escalfament durant 60 minuts a 60 °C o bullint durant 5 minuts. També són susceptibles al rentat amb aigua i sabó

20 a l'Àfrica que, en conjunt, no han ocasionat més de 1.600 casos (figura 2). Aquests brots han aparegut de forma esporàdica i intermitent a partir de la infecció per contacte directe d'un ésser humà amb el reservori animal i la posterior transmissió persona a persona, i han estat restringits a zones rurals (figura 3). Els diferents brots s'havien pogut controlar amb mesures de contenció a partir de la identificació i l'aïllament dels casos, l'estudi dels contactes i la quarantena d'aquests per evitar l'establiment de cadenes de transmissió. Aquests brots han generat un coneixement ampli i consistent sobre la malaltia, però es considera que constitueixen una oportunitat perduda per a la planificació amb antelació de l'estudi i el control del brot actual<sup>3</sup>.

La malaltia es transmet per contacte directe amb fluids dels malalts (sang, vòmits, femta i saliva). Les persones s'infecten a través de la pell amb lesions o de les mucoses, fonamentalment



**Figura 2. Distribució geogràfica dels brots de malaltia pel virus de l'Ebola a l'Àfrica, 1976 - 2014 (24 brots)**



**Figura 1. Reservori i cicle del virus de l'Ebola**

**El brot de l'Ebola a l'Àfrica occidental**

Aquest brot a l'Àfrica occidental està causat pel virus *Ebola Zaire*, aïllat prèviament el 2009 a la província occidental de Kasai de la República Democràtica del Congo. Aquesta espècie de virus Ebola s'ha associat amb brots amb una taxa de letalitat del 55%<sup>4</sup>.

Abans d'aquest brot no hi havia antecedents de morts per Ebola a l'Àfrica occidental. Els primers casos d'aquest brot els va notificar Guinea Conakry, el 23 de març del 2014. Tanmateix, s'estima que ja se n'havien presentat casos

al desembre del 2013<sup>4</sup>. Posteriorment se'n van detectar casos a Libèria, Sierra Leone i Nigèria (un viatger que hi va arribar en un vol des de Libèria). En aquests tres països se'n segueix produint una transmissió intensa i la situació continua sense control<sup>5</sup>. Nigèria ha informat de 20 casos causats a partir d'un cas simptomàtic que va viatjar en un vol des de Libèria<sup>6</sup>, i el Senegal ha tingut un sol cas d'Ebola important. Ambdós països ja han declarat el brot tancat. L'últim país africà que n'ha notificat casos ha estat Mali, que el 12 de novembre va informar d'una agrupació de casos associats amb un cas índex importat de Guinea Conakry.

Abans, tots els brots de l'Ebola havien estat concentrats en zones rurals on la resposta de salut pública va ser capaç d'evitar la propagació a zones urbanes. Un dels desafiaments en relació amb aquest brot és la possibilitat de transmissió en àrees urbanes molt poblades, on el control pot ser molt més complicat. Un aspecte clau del control és la detecció i l'aïllament dels pacients per al seu tractament, així com el seguiment dels contactes, mesures que, en algunes zones, presenten grans dificultats a causa de la pèrdua de confiança en les autoritats sanitàries<sup>7</sup>. Això ha motivat l'ocultació de casos i els seus contactes i, per tant, l'augment de la transmissió entre la població. Actualment, ja se n'han detectat més de 17.000 casos amb més de 6.000 morts, i la previsió es que continuïn augmentant en els propers mesos (figura 4).

**L'amenaça internacional**

La resposta ràpida, puntual i dirigida al focus del problema és una de les claus perquè una alerta sanitària internacional pugui controlar la malaltia amb eficàcia. El 8 d'agost, la directora de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va decidir utilitzar el Reglament Sanitari Internacional (RSI) del 2005 i declarar la situació del brot de l'Ebola com una Emergència de Salut Pública d'Interès Internacional (ESPII). Actualment, es considera que hi ha risc de propagació a altres països atesa la virulència del virus, el patró de transmissió i la fragilitat del sistema sanitari als països afectats, i, per tant, el RSI cerca una resposta internacional coordinada per controlar el brot i aturar la disseminació internacional de la malaltia<sup>8</sup>.

Malgrat que l'alarma i les falses creences poden alimentar la por, la malaltia de l'Ebola suposa un risc molt baix per a la població de la Unió Europea, incloent-hi Catalunya i les nostres comarques<sup>9</sup>. Des de l'inici d'aquest brot, encara no s'ha detectat cap viatger infectat de la zona de l'epidèmia. La probabilitat que el virus s'estableixi en els països occidentals amb

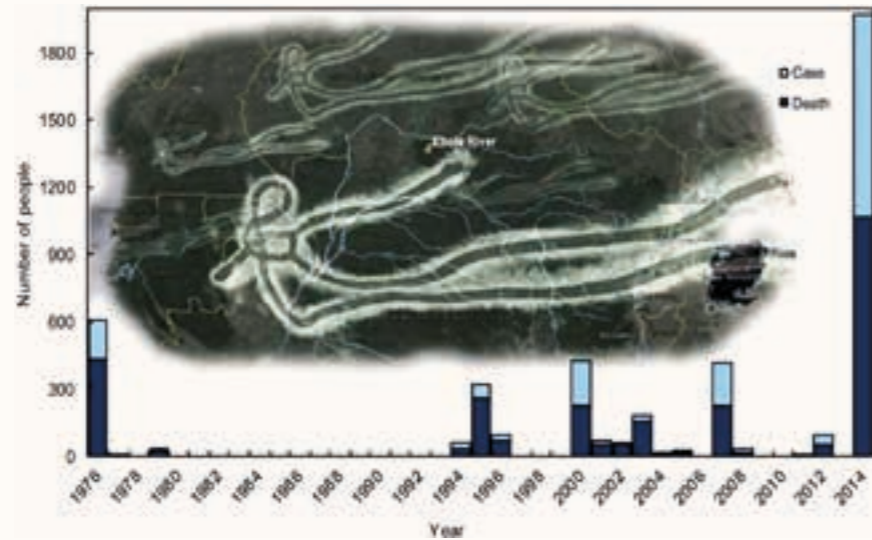


Figura 3. Distribució temporal dels brots de malaltia pel virus de l'Ebola a l'Àfrica, 1976 - 2014 (24 brots)

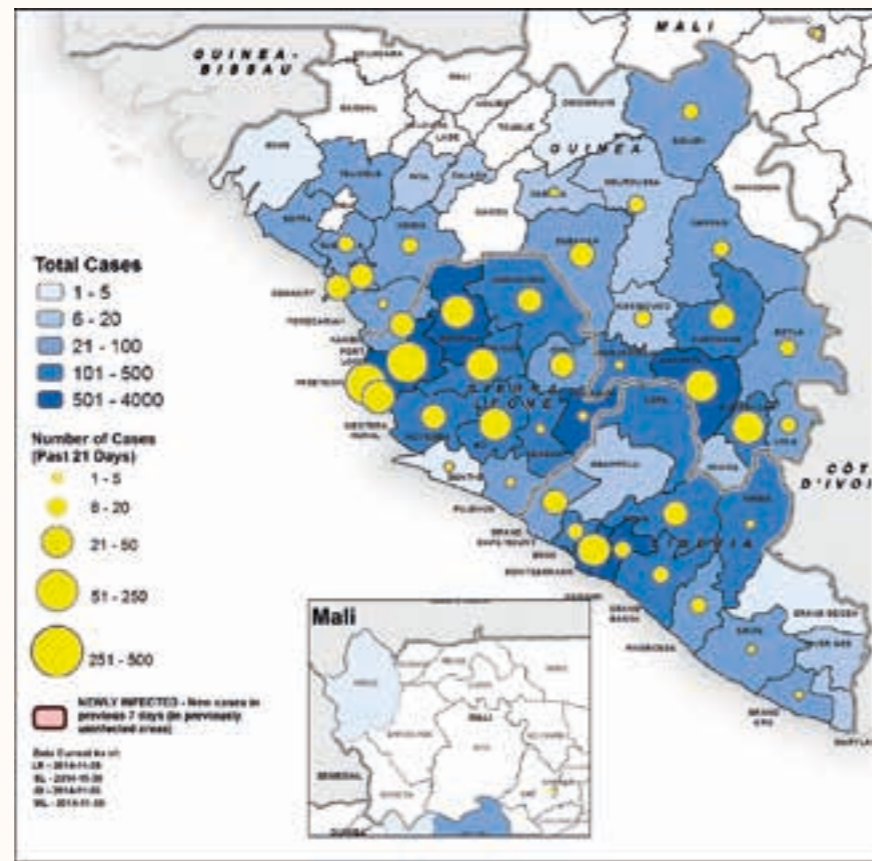


Figura 4. Distribució geogràfica dels casos nous i total de casos confirmats d'Ebola a Guinea, Libèria, Mali i Sierra Leone (5 de desembre de 2014)

sistemes de salut desenvolupats és molt petita<sup>9</sup>. Això és així a causa de factors com un període d'incubació de la malaltia curt, durant el qual no hi ha cap risc de transmissió; la rellevància dels antecedents epidemiològics; la baixa infectivitat durant els primers dies en què la malaltia es manifesta i el seu mode de transmissió. En la propagació de la malaltia en els països africans afectats tenen gran importància comportaments culturals com la consulta a professionals no sanitaris o el rentat de cadàvers abans dels enterraments, situacions que no

comporten cap risc en el nostre medi excepte en el cas dels treballadors que estan directament implicats en la resposta a aquesta malaltia, especialment quan els pacients estan en fases avançades<sup>10</sup>.

**El risc per a les nostres comarques**

Pot semblar paradoxal, però segurament ha estat una sort que la transmissió dels primers casos de l'Ebola fora d'Àfrica s'hagin produït a Espanya i als EUA<sup>11</sup>. En ambdós casos, al marge de

les turbulències polítiques i de comunicació, són països que posseeixen centres sanitaris amb capacitat per detectar i aïllar els malalts i també sistemes de vigilància de salut pública per posar en quarantena els contactes dels casos. No obstant això, aquestes transmissions han servit per posar en relleu la dimensió global de la malaltia i la possibilitat que aquest incident pugui quedar fora de control en concentracions urbanes de països que no posseeixin els recursos sanitaris apropiats<sup>11</sup>.

Tanmateix, el risc per a les nostres comarques s'ha de considerar extremadament baix. Catalunya no té cap vol directe amb els països i les zones afectades d'Àfrica (Guinea Conakry, Libèria, Sierra Leone)<sup>9</sup>. Tots els viatgers de zones afectades són controlats i informats quan surten dels seus països i també quan arriben als països occidentals. I, a més, tal com ja s'ha comentat, durant el període asimptomàtic de la malaltia, aquesta no és contagiosa i, posteriorment, només es transmet per contacte, especialment quan el malalt ja presenta la malaltia simptomàtica i, per tant, es pot detectar i aïllar<sup>9</sup>.

A les nostres comarques s'han de tenir en compte els immigrants que visiten amics i familiars als països afectats. Tanmateix, el risc potencial es concentra en àrees concretes dels països amb transmissió i dins dels primers 21 dies després de la tornada. I, atesos els protocols per als viatgers i els centres sanitaris, el risc d'importació de casos es considera baix.

**Manifestacions clíniques i tractament dels malalts**

La malaltia comença de forma sobtada després de 2-21 dies de l'exposició a una font d'infecció. El virus produeix lesions importants en el sistema limfàtic, necrosi dels hepatòcits i afectació de les glàndules suprarenals. Les primeres manifestacions clíniques es caracteritzen per l'inici brusc i sostingut de febre (<38,6 °C), miàlgies, astènia psicomotora profunda, cefalea i odinofàgia. Posteriorment, al 4t-5è dia evoluciona amb exantema maculopapular, vòmits, diarrea i fallida renal i hepàtica<sup>12</sup>. Després es presenten símptomes hemorràgics que poden ser en forma d'hemorràgies massives internes i externes. A l'estadi final, els pacients desenvolupen una fallida mul-

tiorgànica, que progressa cap a la mort o la recuperació a partir de la segona setmana d'evolució<sup>12</sup>. La taxa de letalitat és elevada i s'estima que en els països afectats és superior al 50%<sup>12</sup>.

Els símptomes es tracten segons la seva presentació. Hi ha evidències que el tractament de suport basat en la hidratació intravenosa, el manteniment electrolític, la correcta pressió parcial d'oxigen i el tractament de les eventuals coinfeccions poden millorar la supervivència. Tanmateix, molts d'aquests tractaments no són a l'abast dels sistemes sanitaris d'aquests països<sup>12</sup>.

En aquests moments no existeix cap

generar seguretat i confiança en els sistemes sanitaris i, especialment en els països afectats, contrarestar les falses creences i ajudar a la detecció i l'aïllament dels casos, la qual cosa resulta decisiva. La informació s'ha d'adequar al context i la situació. Així, en un país com els EUA, la informació va dirigida a reduir l'alarma (figura 5) i en els països afectats, a reconèixer la malaltia i contactar amb el sistema sanitari (figura 6). A més, s'ha de disposar d'informació fiable i precisa dels nous casos per monitoritzar el control de l'epidèmia i la vigilància de possibles noves zones afectades<sup>13</sup>.

Per això, la detecció dels casos nous i el seu aïllament són determinats. Al nostre país, davant d'un pacient amb sospita de malaltia pel virus de l'Ebola, s'ha de realitzar la notificació de forma urgent a la Unitat de Vigilància Epidemiològica (UVE) corresponent o al Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica (SUVEC) fora de l'horari laboral, i s'han de prendre mesures de control de la infecció des de l'inici de la investigació (aïllament del pacient, ús de l'equip de protecció per part del personal que l'atén i de la mascareta quirúrgica per part del pacient). En col·laboració amb les UVE, s'ha de procedir a confirmar, en primer lloc, si el pacient reuneix el criteri epidemiològic de cas (estada en un àrea de transmissió i contacte amb un cas o els seus fluids). Posteriorment, també s'hauria de confirmar que compleix la definició clínica (febre elevada >38,6 °C i algun dels símptomes següents: cefalea intensa, diarrea amb vòmits i dolor abdominal, qualsevol manifestació hemorràgica no explicable per cap altra causa o fallida multiorgànica). Si el pacient reuneix criteris epidemiològics i clínics, l'Agència de Salut Pública de Catalunya activa el protocol i coordina el seu trasllat a l'hospital de referència (Hospital Clínic de Barcelona) i la remissió de mostres clíniques del malalt al Centre Nacional de Microbiologia. La virèmia pot trigar fins a 3 dies des de l'inici dels símptomes. Per això, en cas d'antecedent d'una exposició de risc, i si la primera mostra es va prendre abans d'aquests tres dies i va ser negativa, es recomana enviar una segona mostra. Si el pacient fa més de tres dies que presenta símptomes des que es va prendre la primera mostra, no és necessari l'enviament d'una

A CDC infographic titled 'Facts about Ebola in the U.S.' It features four panels: 'You CAN'T get Ebola through AIR', 'You CAN'T get Ebola through WATER', 'You CAN'T get Ebola through FOOD grown or legally purchased in the U.S.', and 'You can only get Ebola from' followed by a list of transmission routes: touching blood/body fluids of a sick person, touching contaminated objects, and touching infected fruit bats or primates. The CDC logo is at the bottom right.

Figura 5. Informació dels Centers for Disease Control, a Atlanta, a la població sobre les vies de transmissió del virus de l'Ebola

opció terapèutica específica comercialitzada, encara que estan en fase d'experimentació diferents tractaments, entre els quals hi hauria les transfusions i els sèrums dels pacients que s'han recuperat de la malaltia. L'ús compassiu i fora del context d'assaigs clínics d'aquests tractaments ha estat objecte d'una forta polèmica per motius d'ètica i equitat internacional.

**Les mesures de prevenció i control**

La informació local i internacional és determinant per reduir l'alarma,





**Figura 7. Manipulació de cadàvers de persones mortes per una malaltia per virus de l'Ebola per part de personal entrenat**

**Figura 6. Informació a la població en els països de l'Àfrica occidental sobre símptomes de la malaltia per virus de l'Ebola amb recomanació de contacte amb el sistema sanitari**

segona mostra.

Els centres sanitaris es consideren zones de risc per transmetre la infecció<sup>10</sup>. És determinant aplicar de forma curosa les precaucions adequades per al maneig dels pacients en investigació o confirmats, les quals inclouen les precaucions estàndards, precaucions de contacte i les precaucions de transmissió per gotes. El personal sanitari ha de realitzar la higiene estricta de mans i utilitzar l'equip de protecció personal (EPP). La posada i retirada dels EPP de qualsevol treballador que entra en contacte amb un cas o amb els seus fluids s'ha de realitzar sota supervisió i, si cal, amb ajuda. Els pacients en investigació o confirmats han d'utilitzar mascareta quirúrgica i han d'ingressar en una habitació individual amb la porta tancada i amb mesures

d'aïllament de contacte i secrecions. També s'ha d'establir un registre de les persones que entren a l'habitació, utilitzar instrumental mèdic d'ús exclusiu o, si és reutilitzable, aplicar-hi les tècniques d'esterilització adequades i seguir els protocols corresponents quant a la roba, desinfecció de superfícies i eliminació de residus<sup>10</sup>.

Davant d'un pacient que compleixi criteris de cas en investigació, s'ha d'iniciar la identificació i el seguiment de contactes, tant sanitaris com familiars i laborals, que es classificaran en contactes d'alt risc (exposicions sense ús d'EPP) o de baix risc (exposicions a malalts amb EPP o pel fet de compartir espais sense exposicions concretes). Els contactes s'han de vigilar durant 21 dies des de la darrera exposició, amb presa de temperatura dos cops

al dia. En cas que un contacte presenti febre >37,7 °C, es considera cas en investigació.

Si se sospita malaltia per virus de l'Ebola en una persona morta, no s'ha de realitzar l'autòpsia, atesa l'elevada càrrega viral dels fluids corporals. El contacte amb els cadàvers de persones mortes per una malaltia per virus de l'Ebola s'ha de limitar al personal entrenat (figura 7). No s'han de realitzar procediments de preparació del cos del difunt; el fèretre ha de romandre segellat i, si és possible, prèviament inclòs en una bossa de trasllat impermeable, i el trasllat ha de realitzar-se conforme al reglament de Policia Sanitària Mortuòria (Decret 297/97). Els cadàvers de persones mortes per una malaltia per virus de l'Ebola s'han de gestionar com a cadàvers de Classe I, segons

el Reglament de Policia Sanitària Mortuòria. Finalment, el cadàver haurà de ser incinerat.

Es pot concloure que el risc de casos importants de malaltia per virus de l'Ebola i l'eventual establiment de cadenes de transmissió en el nostre medi és molt baix. Alguns errors en la comunicació i l'exposició de la població a imatges de bioseguretat en els mitjans de comunicació han pogut generar una alarma i una percepció del risc que comporta l'Ebola desproporcionades<sup>14</sup>. El brot actual de malaltia per virus de l'Ebola requereix renovar inversions i actuacions internacionals en els països afectats, que és on resideix el problema<sup>15</sup>.

**Pere Godoy**  
Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública  
Cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica

**BIBLIOGRAFIA**

1. Fried LP et al. Global health is public health. *Lancet* 2010;375:535-7
2. Check Hayden E. The Ebola questions. *Nature*. 2014;514(7524):554-7.
3. Heymann DL. Ebola: learn from the past. *Nature*. 2014;514(7522):299-300.
4. WHO Ebola Response team. Ebola Virus Disease in West Africa - The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections. *N Engl J Med*. 2014;371(16):1481-95.
5. Pillai SK, Nyenswah T, Rouse E, Arwady MA, Forrester JD, Hunter JC, et al. Developing an incident management system to support ebola response - liberia, july-august 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014:930-3.
6. Fasina F, Shittu A, Lazarus D, Tomori O, Simonsen L, Viboud C, et al.

Transmission dynamics and control of Ebola virus disease outbreak in Nigeria, July to September 2014. *Euro Surveill*. 2014;19(40).

7. Baden LR, Kanapathipillai R, Champion EW, Morrissey S, Rubin EJ, Drazen JM. Ebola — An Ongoing Crisis. *N Engl J Med*. 2014;371(15): 1458-9.

8. Fasina F, Shittu A, Lazarus D, Tomori O, Simonsen L, Viboud C, et al. Transmission dynamics and control of Ebola virus disease outbreak in Nigeria, July to September 2014. *Euro Surveill*. 2014;19(40).

9. Poletto C, Gomes M, Pastore Y Piontti A, Rossi L, Bioglio L, Chao D, et al. Assessing the impact of travel restrictions on international spread of the 2014 West African Ebola epidemic. *Euro Surveill*. 2014;19(42).

10. Forrester JD, Hunter JC, Pillai SK, Arwady MA, Ayscue P, Matanock A, et al. Cluster of ebola cases among liberian and u.s. Health care workers in an ebola treatment unit and adjacent hospital - liberia, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(41):925-9.

11. Gostin LO, Lucey D, Phelan A. The Ebola epidemic: a global health emergency. *JAMA*. 2014;312(11):1095-6.

12. Schieffelin JS, Shaffer JG, Goba A, Gbakie M, Gire SK, Colubri A, et al. Clinical Illness and Outcomes in Patients with Ebola in Sierra Leone. *N Engl J Med*. 2014 Oct 29 [ahead of print]. DOI: 10.1056/NEJMoa1411680.

13. Farrar JJ, Piot P. The Ebola Emergency - Immediate Action, Ongoing Strategy. *N Engl J Med*. 2014;371(16):1545-6.

14. Ratzan SC, Moritsugu KP. Ebola crisis-communication chaos we can avoid. *J Health Commun*. 2014;19(11):1213-5.

15. Sprenger M, Coulombier D. Preparedness is crucial for safe care of Ebola patients and to prevent onward transmission in Europe - outbreak control measures are needed at its roots in West Africa. *Euro Surveill*. 2014;19(40).



# Patologia oncològica de l'aparell locomotor: conceptes bàsics i guia de maneig inicial

La patologia oncològica en ortopèdia i traumatologia és, per sort, poc freqüent; tot i això, errors en l'avaluació o el tractament d'aquesta patologia poden comportar un gran impacte negatiu en els pacients, ja que poden conduir a amputacions evitables o fins i tot a la mort.

Per això, creiem justificat de cara a la comunitat mèdica general una revisió dels conceptes actuals en aquesta patologia. Centrant-nos sobretot en la sospita, discriminació entre benignitat i malignitat, diagnòstic i maneig inicial precoç.

Sense entrar en diagnòstics histològics ni tractaments específics, un maneig inicial adequat ofereix a aquests pacients anys de supervivència, conservació d'extremitat, qualitat de vida i confort. I, al contrari, efectuar proves invasives o cirurgies sense haver realitzat les exploracions adequades de manera sistemàtica disminueix les possibilitats de curació i millora dels pacients.

*"Les dreces curtes porten a retards llargs"*

A grans trets, podem distingir 3 grups de patologia: els tumors de parts toves, els tumors primaris i la malaltia metastàtica.

Farem un recorregut general per

La manca d'exploracions adequades i sistemàtiques perjudica el pacient

Un maneig inicial adequat ofereix anys de supervivència, conservació d'extremitats i qualitat de vida

cada entitat i ens centrem sobretot en criteris d'alarma i proves diagnòstiques de cara a facilitar el tractament final a unitats especialitzades.

## Tumors de parts toves

Els tumors de parts toves es presenten en múltiples i diverses localitzacions, el 60% apareixen en les extremitats, mentre que la resta afec-

ten òrgans i vísceres toves i no seran objecte de la nostra revisió.

La classificació més utilitzada és la de l'OMS, que els divideix segons la histologia i el comportament, i s'actualitza periòdicament, però és d'una complexitat important. A la taula 1 presentem un resum escuet dels més freqüents i les seves característiques.

Els benignes (lipomes, quists dermoïdes, ganglions...) són freqüents i clínicament poc rellevants, per tant, difícils de quantificar. La importància radica a no confondre una lesió benigna amb una de maligna i així retardar un diagnòstic o realitzar un procediment inadequat. Cas 1.

Al contrari, els tumors malignes (sarcomes de parts toves, SPT) són rars. Se'n calculen 4-5/100.000 casos nous a l'any a Europa i 7.000 casos nous a l'any en el global dels EUA. Solen manifestar-se clínicament a escala local, i com que aproximadament en el 70% dels casos es presenten com una massa no dolorosa, això provoca que es menyspreïn i no es tingui en compte el fet que podem ser davant d'un sarcoma.

Pocs cops els símptomes seran dolor, ulceració de la pell o compressió d'estructures neurovasculars. En l'àmbit sistèmic, el lloc de metastasi més habitual és el pulmó. La taxa de supervivència als 5 anys a Europa és al voltant del 60% amb variabilitat geogràfica i excloent-ne els d'origen visceral (registre EUROCCARE).

Està demostrat que el retard en el diagnòstic i la cirurgia no planificada sobre aquestes lesions n'empitjoren dramàticament el pronòstic.

Per tant, és molt important que quan un metge de qualsevol especialitat s'enfronta a una massa de parts toves, es tinguin clars els criteris d'alarma enumerats a la taula 2.

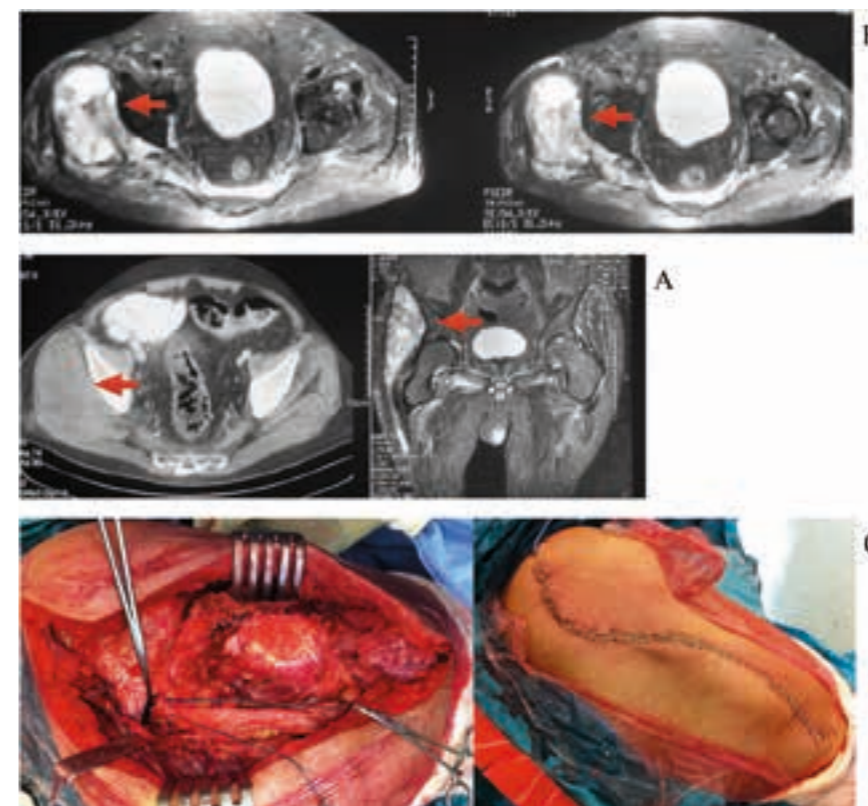
També cal remarcar que les masses de parts toves en edat pediàtrica han de ser derivades a l'especialista per a valoració.

Si observem qualsevol d'aquestes fites, cal demanar un estudi d'imatge sense necessitat de derivació a un especialista. Farem una breu discussió de les proves d'imatge i la seva utilitat.

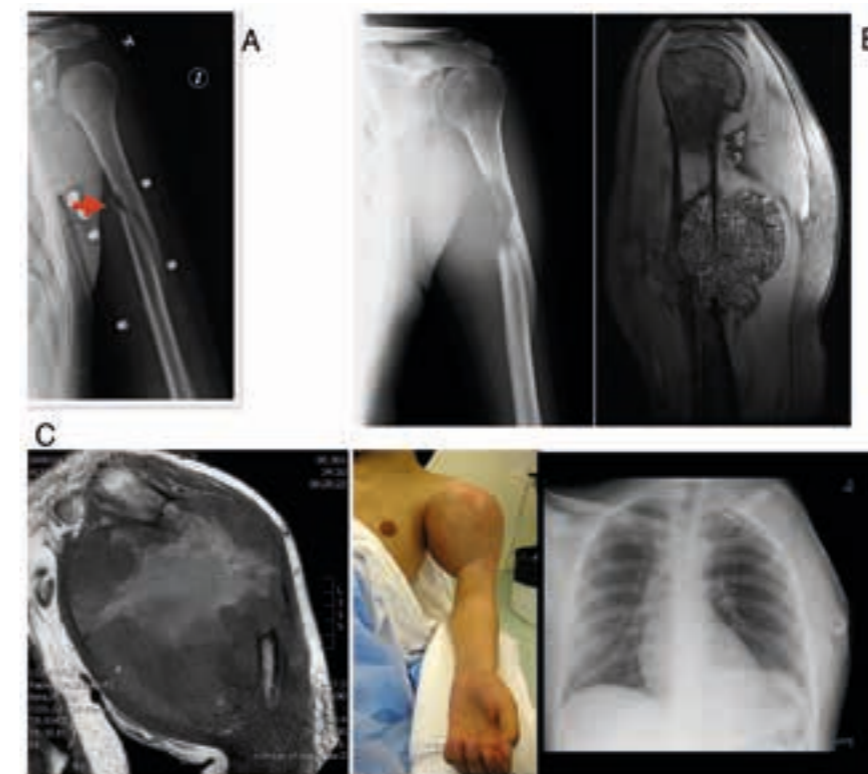
Radiografia (Rx): la primera prova que s'ha de realitzar per la seva immediatesa. És útil per distingir entre tumors de parts toves o ossis quan el diagnòstic no és clar. També és útil per detectar erosions en l'os o calcificacions.

## Taula 2. Criteris d'alarma en masses de parts toves

Profunda a la fàscia.
> de 5 cm.
Massa amb lesió del teixit superficial.
Aparició de canvis clínics: dolor o augment de la mida.



**Cas 1. Pacient home de 74 anys. Consulta per massa de parts toves regió pelviana dreta (A) dreta. Presenta febre i signes flogòtics locals, i es practica desbridament ampli sense biòpsia. Recidiva en 1 més amb empitjorament del quadre (B). La biòpsia diagnòstica sarcoma pleomòrfic indiferenciat. A causa de la cirurgia anterior mal planificada, cal fer una cirurgia molt més mutilant (C).**



**Cas 2. Pacient home de 28 anys. Consulta per una fractura d'húmer proximal associada a una lesió lítica progressiva (A). Als 4 mesos s'observa una gran lesió lítica i una imatge de tumor ossi. Es biòpsia i s'obté el diagnòstic d'osteosarcoma teleangiectàtic (B). Un cop realitzat l'estudi d'extensió, que és negatiu, i realitzada quimioteràpia neoadjuvant. Presenta una ràpida evolució que obliga a realitzar una desarticulació escapulotoràcica.**

Ressonància magnètica (RM): és la prova principal i de més rendiment; si observem criteris de malignitat, cal demanar-la sense esperar derivació.

Ecografia: valuosa com a prova de diagnòstic ràpid, però molt depenent de l'habilitat i els coneixements de qui la realitza. Molt sensible per detectar tumors, però molt poc específica per diagnosticar-los.

Tomografia computeritzada (TC): actualment només es considera útil en lesions calcificades i en tumors de parts toves retroperitoneals, on té el mateix rendiment que la ressonància magnètica.

Un cop realitzada la Rx i la RM, s'ha de derivar el cas a una unitat de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, on es valorarà el pas diagnòstic següent. A grans trets, tot i que no és objecte d'aquest article, les possibilitats són:

Cap criteri d'alarma, lesió asimptomàtica, sense o amb RM que confirma la benignitat: es realitza observació clínica.

Cap criteri d'alarma, lesió simptomàtica, amb RM que confirma la benignitat: es realitza biòpsia excisional (exèresi i diagnòstic per anatomia patològica).

Si la clínica i la RM no permeten descartar amb seguretat un sarcoma de parts toves, cal realitzar una biòpsia amb agulla gruixuda amb presa de múltiples mostres.

Un cop confirmat el diagnòstic anatomopatològic, es realitza l'estadiatge segons el sistema TNM i es deriva a una unitat especialitzada, en el nostre cas la Unitat de Cirurgia Ortopèdica Oncològica de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau per al tractament definitiu.

A la figura 1 es presenta un algorisme de maneig inicial dels tumors de parts toves.

## Tumors ossis

En aquest grup cal distingir 2 grans entitats, els tumors ossis primaris (TOP), que representen entre el 5-10% del total, i les lesions metastàtiques, que en són la gran majoria, amb una incidència 25 cops més gran.

També es classifiquen segons l'OMS com passava en els de parts toves.

## Tumors ossis primaris

Els TOP benignes (TOPB) són asimptomàtics, freqüentment són una troballa casual en proves d'imatge per altres motius de consulta i, per tant, és molt difícil quantificar-los estadísticament.

Els TOP malignes (TOPM) són molt menys freqüents i representen menys del 0,2% del total dels tumors. En els registres europeus, n'apareix 1 cas nou/100.000 habitants/any.

Epidemiològicament parlant, és importantíssim el paràmetre de l'edat, ja que juntament amb la zona afecta-

da en la radiologia, representen l'eix principal de l'orientació diagnòstica, perquè alguns tumors són molt típics d'alguns grups d'edat i localitzacions concretes.

No és objectiu d'aquest article aprofundir en aquest punt, però adjuntem les taules 3 i 4, on es repassen els diferents diagnòstics segons edat i localització.

La clínica dels tumors ossis primaris malignes és molt inespecífica, i això en dificulta el diagnòstic, però a grans trets podríem apuntar:

- Dolor ossi no mecànic que dura algunes setmanes.
- Tumoració i edema.
- Impotència funcional.
- Fractura patològica (en casos avançats, però pot ser un símptoma d'inici).

Amb una clínica suggestiva hem de passar a l'estudi d'imatge:

• Rx: sempre és la primera prova que s'ha de realitzar, molt important i útil per orientar inicialment les característiques de benignitat o malignitat. Podem distingir: lesions de densitat lítiques o blàstiques, marges precisos o imprecisos (aquests últims orienten malignitat), reacció periòstica, calcificacions intralesionals i afectació de parts toves.

• RM: es la prova *Gold Standard* i la primera que s'ha de realitzar sense demora si sospitem una lesió maligna en la radiologia simple. També és la principal eina d'estadiatge local i ens permetrà determinar les característiques de la lesió i l'afectació de parts toves.

• La TC és útil en cas de dubtes diagnòstics o per observar millor algun aspecte concret de la lesió, però no es la prova amb més rendiment per a aquesta patologia. D'altra banda, és molt valuosa en l'estudi d'extensió toracoabdominal.

• Gammagrafia òssia (GGOO): útil per valorar l'activitat de la lesió i en l'estudi d'extensió però no com a prova diagnòstica inicial.

Arribats a aquest punt, cal valorar la derivació a un centre especialitzat de cara a filiar el tipus de lesió mitjançant biòpsia per punció amb trócar i realitzar l'estadiatge per afrontar amb garanties el tractament definitiu.

**Malaltia metastàtica**

Com ja hem comentat, la incidència de les metastasis òssies respecte els TOPM és molt superior, sobretot en l'edat adulta.

Per tant, davant una lesió òssia de característiques malignes en un pacient de >50 anys haurem de sospitar una metastasi fins que es demostrï el contrari.

En la majoria de casos, les metastasis òssies seran silents clínicament, i habitualment es diagnostiquen quan produeixen algun tipus de clínica, un

**Taula 3. Tipus de tumors segons l'edat**

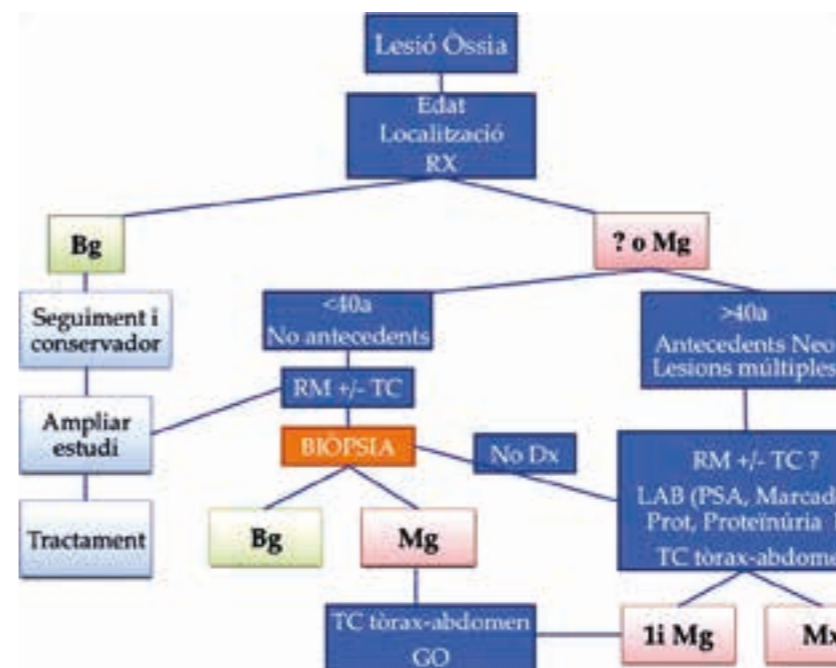
EDAT	BENIGNE	MALIGNE
<20	Defecte cortical fibrós	Leucèmia
	Fibroma no ossificant	Sarcoma d'Ewing
	Quist ossi simple	Osteosarcoma (convencional o teleangiectàtic)
	Condroblastoma	Metastàtic (rar)
	Histiocitosi	Neuroblastoma
	Osteoma osteoide	Retinoblastoma
	Displasia osteofibrosa	Rabdomiosarcoma
	Fibroma condromixoide	Limfoma de Hodgkin
	Encondroma	
	Encondroma	Osteosarcoma (parostal)
20-40	Tumor de cèl·lules gegants	Adamantimoma
	Osteoblastoma	
	Osteoma Osteoide	
	Fibroma condromixoide	
	Displasia fibrosa	
	Displasia fibrosa	Malaltia metastàtica
>40	Malaltia de Paget	Mieloma
	Linfoma no-Hodkin	
	Condrosarcoma	
	Histiocitoma fibrós maligne	
	Osteosarcoma (secundari a Paget y/o radiació)	

**Taula 4. Localització típica dels tumors ossis**

LOCALITZACIÓ	BENIGNE	MALIGNE
Epifisària	Condroblastoma Tumor cèl·lules gegants Ganglió intraossi	Condrosarcoma de cèl·lules clares
Metafisària		
Medul·lar	Quist ossi simple Quist ossi aneurismàtic Displàsia fibrosa Histiocitosi Fibroma condromixoide	Osteosarcoma Condrosarcoma Malaltia metastàtica Tumors vasculars malignes
Cortical	Defecte fibrós cortical Fibroma no ossificant Osteoma osteoide	Malaltia metastàtica
juxtacortical	Condroma juxtacortical	Sarcoma periostal Sarcoma parostal Condrosarcoma juxtacortical
Diafisària		
Medul·lar	Displàsia fibrosa Histiocitosi	Sarcoma Ewing Limfoma Mieloma Malaltia metastàtica
Cortical	Fibroma ossificant	Adamantinoma Malaltia metastàtica



**Figura 1. Algoritme de maneig inicial dels tumors de parts toves.**



**Figura 2. Algoritme de maneig inicial dels tumors ossis**

gran ventall, que pot anar des d'un dolor inespecífic fins a una fractura patològica.

En aquests pacients, cal completar sempre l'estudi de la lesió que haurem detectat radiogràficament amb un TC toracoabdominal i una GGOO per buscar un focus primari, i, davant el dubte si es pot tractar d'un TOPM, realitzar l'estudi local amb una RM.

Un cop diagnosticada la malaltia primària, l'oncòleg en realitzarà el tractament i el traumatòleg valorarà la necessitat de fer intervencions (per exemple, fixacions profilàctiques) sobre les lesions metastàtiques.

A la figura 2, es presenta un senzill

Són molt més freqüents els tumors benignes que els malignes

La biòpsia s'ha de realitzar per unitats especialitzades

algoritme de maneig inicial dels tumors ossis.

Cal recordar, com a conclusions:

- Els tumors de l'aparell locomotor són rars.
- Són molt més freqüents els benignes que els malignes.
- En els de parts toves, cal tenir presents els criteris d'alarma.
- En els ossis, correlacionar l'edat amb la localització.
- Una lesió òssia de característiques malignes en un pacient de més de 50 anys és una metastasi fins que no es demostrï el contrari. Però cal tenir un diagnòstic de certesa, no hem d'oblidar que pot tractar-se d'un TOPM.
- Davant la sospita de malignitat en qualsevol tumor de l'aparell locomotor, és bàsic tenir una Rx de la zona i l'estudi local amb RM (prova de més rendiment), i no cal esperar una derivació per realitzar-les.
- La biòpsia s'ha de realitzar per unitats especialitzades (mai punxionar ni manipular).

En la patologia oncològica de l'aparell locomotor, un maneig simple, adequat i sistemàtic és a l'abast de tota la comunitat mèdica. L'objectiu és evitar retards tant en el diagnòstic com en el tractament, fet que permetrà millorar en gran mesura els resultats i el pronòstic d'aquests pacients.

**Dr. Jordi Colomina Morales**  
Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Hospital de Santa Maria, Lleida  
Cap de Servei: Francesc Pallisó Folch  
Agraïments: Laura Trullols Tarragó i Raquel Berdala Clemente

**BIBLIOGRAFIA**

Canale ST. In: Campbell. Cirugía ortopèdica. 4 Tomos. Elsevier España; 2004. p. 775-960.  
Malawer MM, Sugarbaker PH. Musculoskeletal cancer surgery: Treatment of sarcomas and allied diseases. Springer; 2001.  
Fletcher CD, Unni KK, Mertens F. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. IARC; 2002.  
ESMO / European Sarcoma Network Working Group. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2012, Oct;23 Suppl 7:vii92-9.  
ESMO / European Sarcoma Network Working Group. Bone sarcomas: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2012, Oct;23 Suppl 7:vii100-9.  
Majo Buigas J, Gracia Alegria J. Diagnóstico De Los Tumores Osseos Primarios 2011, Jan;1(2011):1, 40.  
García Del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bagué S, de Álava E, et al. [Soft tissue sarcomas: Clinical practice guidelines]. Med Clin (Barc) 2011, Apr 9;136(9):408.e1-8.

# Psiquiatria d'interconsulta i enllaç

La psiquiatria d'interconsulta i enllaç és la subespecialitat de la psiquiatria que s'ocupa de l'atenció de la comorbiditat psíquica en els pacients amb patologia somàtica dins de l'hospital i busca l'enllaç amb altres disciplines medicoquirúrgiques per tal de millorar l'assistència del malalt.

Els equips encarregats de realitzar aquesta tasca són les anomenades Unitats de Psicopatologia i Psiquiatria d'Enllaç (UPPE). Tot i que ha estat una qüestió controvertida, el terme *medicina psicopatològica* actualment s'accepta com un sinònim de la subespecialitat i fa referència a la interacció cos-ment. Hi tenen especial rellevància els aspectes més humans de l'exercici mèdic i es busca una atenció integral del malalt.

Les primeres UPPE van aparèixer a Espanya el 1975, als hospitals universitaris Ramón y Cajal de Madrid i Clínic de Saragossa, encara que els seus orígens se situen als Estats Units unes dècades abans. En els últims 20 anys, l'increment de la implantació d'aquestes unitats a Espanya ha estat important per dos motius principals: d'una banda, l'elevada taxa de morbiditat psíquica en pacients medicoquirúrgics, estimada actualment en el 30-35%; i de l'altra banda, pels beneficis que aporta la intervenció del psiquiatre d'enllaç a l'hospital general tant en relació amb la reducció dels costos en el procés diagnòstic i l'estada hospitalària com en la qualitat assistencial dels malalts.

Dins de la Regió Sanitària Lleida, a l'Hospital Santa Maria i a l'Hospital Arnau de Vilanova disposem de la Unitat d'Interconsulta i Psiquiatria d'Enllaç, coordinada per la Dra. Castan i formada per dos adjunts referents, la psiquiatra Dra. Irigoyen i el psicòleg clínic A. Alcántara. També hi ha els metges residents de psiquiatria i psicòlegs clínics en formació, que participen en l'activitat docent de la unitat en els períodes de rotació que defineix el programa docent de rotació que defineix el programa docent de l'especialitat. Cal mencionar que als hospitals de Tremp i de la Seu d'Urgell, el metge psiquiatre de consultes externes realitza la tasca d'interconsulta.

Cal diferenciar entre l'activitat d'interconsulta i la d'enllaç. La primera correspon a intervencions concretes, tant de psiquiatres com de psicòlegs, sobre una consulta formulada per equips medicoquirúrgics en relació amb un determinat pacient. La segona se centra en la col·laboració multidisciplinària amb altres equips en l'activitat formativa i en la d'investigació.

La sol·licitud de la consulta la realitzen els facultatius referents dels pacients que estan hospitalitzats tant a l'Hospital Arnau de Vilanova com a l'Hospital Santa Maria, o bé ubicats al servei d'urgències generals de l'Hospital Arnau

Les primeres UPPE es van crear a Espanya l'any 1975

Dins de la Regió Lleida, a l'Hospital de Santa Maria i a l'HUAV disposen d'una unitat

de Vilanova. Els serveis que realitzen peticions amb més freqüència són els de Medicina Interna, Traumatologia i Cirurgia General.

Són tasques de l'interconsultor comentar els aspectes diagnòstics i terapèutics amb l'equip referent, realitzar el seguiment dels casos hospitalitzats i planificar una transferència adequada dels pacients a dispositius ambulatoris o d'hospitalització psiquiàtrica en cas que sigui convenient.

El diagnòstic diferencial al qual s'enfronta l'interconsultor és ampli i complex. La dificultat per valorar trastorns psiquiàtrics és major quan existeix comorbiditat somàtica, ja que molts dels símptomes poden coexistir tant en processos psiquiàtrics com en malalties mèdiques.

Així, segons la literatura, en el nostre medi i en l'actualitat es confirmen, en una distribució similar, les peticions d'avaluació i d'intervenció en:

1. Trastorns mentals associats a patiments mèdics, ja sigui de forma casual o causal, per la seva elevada prevalença, perquè les malalties mèdiques produeixen amb freqüència complicacions psiquiàtriques, perquè els trastorns mentals causen complicacions mèdiques o perquè s'agreugen de forma mútua.

2. Trastorns somatomorfes i psicopatològics.

3. Conflictes en les relacions assistencials.

4. Valoració de la competència d'un malalt.

La resposta es dona el mateix dia de la consulta en la major part dels casos hospitalitzats, i de manera immediata en els casos atesos al Servei d'Urgències.

Els motius de consulta més freqüents són la presència de símptomes psiquiàtrics detectats per l'equip mèdic (50,3%), els símptomes somàtics sense explicació mèdica (15,2%), l'abús de substàncies (9,2%), l'existència d'antecedents psiquiàtrics (8,5%), el risc de suïcidi (5,8%) i l'afrontament de la malaltia (5,8%).

Els diagnòstics més freqüents són els trastorns adaptatius (21%), els trastorns afectius (11,6%, en la major part dels casos depressions) i la patologia orgànica cerebral (9,1%, en què destaca el delírium).

En els pacients que han realitzat temptatives autolítiques es realitza una valoració del risc autolític, planificant l'ingrés psiquiàtric si es considera necessari o la derivació a la consulta de la Unitat de Conducta Suïcida. Actualment es participa en la implantació del Codi Risc de Suïcidi a Catalunya.

L'activitat d'enllaç dins de les UPPE es desenvolupa mitjançant el contacte regular

de l'interconsultor amb l'equip peticionari, i té com a finalitat assessorar el personal facultatiu i assistencial per afavorir el reconeixement, el maneig, i si és possible, la prevenció dels problemes psiquiàtrics del pacient.

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova compta amb psicòlegs integrats en equips multidisciplinaris, com la Unitat de VIH/Sida, la Unitat de Mama, el Servei d'Oncologia Mèdica, UFISS Palliatius i USS. També es col·labora, entre d'altres, amb serveis com el Digestiu o Endocrinologia en l'avaluació de pacients candidats a trasplantament hepàtic o en cirurgia bariàtrica.

L'activitat formativa es realitza mitjançant la participació de l'equip en sessions clíniques generals i sessions al Servei d'Urgències, la finalitat de les quals és transmetre coneixements a altres professionals no dedicats a la disciplina. També amb l'elaboració de programes docents per a residents de Psiquiatria i Psicologia que participen en l'activitat de l'equip durant la seva rotació.

En recerca, es participa en diferents projectes interdiscipli-

naris que redundin en la millora de la qualitat assistencial. S'ha col·laborat en treballs en diversos serveis medicoquirúrgics, inclosa la defensa de la tesi doctoral del psicòleg clínic A. Alcántara. Destaquem que s'està recollint, des del 2009, un registre de les temptatives autolítiques detectades per la unitat, fet que ha facilitat l'elaboració de diversos pòsters i comunicacions, i que en l'actualitat realitza la Dra. Irigoyen en relació amb el projecte d'investigació de l'IRBLleida, col·laborant en l'elaboració d'un estudi multicèntric amb la Fundació Jiménez Díaz de Madrid i, alhora, amb la cre-

ació de la consulta de Conducta Suïcida. L'equip col·labora en diversos grups de treball de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental. L'objectiu final de la disciplina és ajudar els pacients amb problemes mèdics i els professionals referents en la integració de la patologia psiquiàtrica i en els problemes generals d'adaptació a la malaltia en el procés diagnòstic i terapèutic del pacient durant les etapes d'hospitalització i, posteriorment, de forma ambulatoria, mitjançant la coordinació amb centres de salut mental o primària.

Sabem, per diversos estudis realitzats en els àmbits europeu i espanyol, que les UPPE han aportat importants beneficis en l'assistència del pacient, ja que han reduït les queixes somàtiques, les complicacions mèdiques i el risc de mortalitat. No és menys destacable el benefici pel que fa a la relació cost-efectivitat a l'hospital general, ja que s'escurcen els dies d'estada hospitalària, el nombre de visites, de proves diagnòstiques i de tractaments. Tot i així, encara queda molt per recórrer, atès que a Espanya només 45 dels 106 hospitals de més de 300 llits disposen d'una UPPE.

Cal destacar que la població atesa pel psiquiatre a l'hospital general únicament constitueix la "punta de l'iceberg". La major part dels pacients amb comorbiditat psiquiàtrica no són diagnosticats, tractats ni remesos. Segons dades de l'estudi europeu ECLW, el 30% dels

pacients hospitalitzats en unitats medicoquirúrgiques tenen malestar psíquic significatiu o trastorns psiquiàtrics; el 10% presenten indicació d'intervenció per part de les UPPE, però únicament menys d'1,5% són visitats per l'interconsultor. En relació amb el temps transcorregut entre l'ingrés hospitalari i la petició de consulta, s'observa una latència massa elevada (temps mitjà de 10,6 dies). Això indica que cal alertar de la necessitat de la detecció precoç de la simptomatologia psiquiàtrica aguda dels malalts hospitalitzats en unitats medicoquirúrgiques.

El futur de la psiquiatria d'interconsulta i enllaç va encaminat cap al disseny de sistemes de cribatge precoç de símptomes psiquiàtrics, al desenvolupament de programes específics en les àrees d'especial vulnerabilitat i cap a la generalització de les UPPE als hospitals generals. No podem oblidar la creació de les anomenades unitats mixtes medicoquirúrgiques, és a dir, plantes d'hospitalització per a pacients amb patologia medicoquirúrgica greu i patologia psiquiàtrica descompensada, i que necessiten el treball conjunt de metges internistes i psiquiatres. La primera es va instaurar en un hospital nord-americà la dècada dels 80; avui dia hi ha al voltant de 20 unitats mixtes als Estats Units, unes 3 a Austràlia i molt poques a Europa, entre les quals destaca la de Ginebra, pionera al nostre continent i amb 10 anys d'antiguitat. La instauració d'aquestes unitats mixtes aportaria una millora en la qualitat assistencial de pacients amb comorbiditat entre patologia medicoquirúrgica i psiquiàtrica greu.

**Dra. Marta Sales, Dra. María Irigoyen i Dra. Esther Castan**  
Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions de l'Hospital Santa Maria

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

-Manuel Valdés, Joan de Pablo, Ricardo Campos, Josep Maria Farré, Manuel Girón, Maximino Lozano, Carlos Albar, Eduardo García-Camba, Ana Martínez Calvo, Sonia Carreras, Barbara Stein, Frits Huyse, Thomas Herzog i Antonio Lobo. El proyecto multinacional europeo y multicéntrico español de mejora de calidad asistencial en psiquiatria de enlace en el hospital general: el perfil clínico en España. *Med Clin (Barc)* 2000;115: 690-694.

-Leue C, Driessen G, Strik JJ, Drukker M, Stockbrügger RW, Kuijpers PM, Masclee AA, van Os J. Managing complex patients on a medical psychiatric unit: An observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 68 (2010) 295-302.

-Vallejo Ruiloba, Julio. *Tratado de Psiquiatria*. 2 vol. Madrid: Marban, 2012.



# Incidència de la Llei del Parlament de Catalunya per garantir els drets de la diversitat sexual en l'àmbit sanitari

**A**mb la finalitat d'evitar situacions socials de discriminació, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 11/14 del Parlament de Catalunya que té per objecte desenvolupar i garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals (LGBTI). La norma es va publicar al DOG núm. 6730, de 17/10/14, i està en vigor des de l'endemà de la seva publicació.

La nova llei vol accelerar el canvi de comprensió social en relació amb els col·lectius que esmenta, i assegurar que a Catalunya es pugui viure la diversitat sexual i afectiva en plena llibertat, sense situacions de discriminació i violència, tal com assenyalava en el preàmbul i concreta després en els arts. 1 i 2, en què s'assenyala que les mesures que estableix per fer efectiu el dret a la igualtat i a la no-discriminació del col·lectiu relacionats en el títol abasten totes les àrees de la vida social i totes les etapes de la vida.

Atès que la nova disposició neix amb vocació de fer sentir els seus efectes en amplis sectors socials i, especialment, en el sanitari, es fa imprescindible el seu coneixement, cosa a la qual volen ajudar les següents línies.

## A) Disposicions generals

La llei dedica l'art. 4 a establir les definicions de diferents conceptes, i especialment de diferents àmbits i formes de discriminació. Contempla diferents formes de discriminació, directa, indirecta, per associació, per error i múltiple. També dona la definició de victimització secundària, incorporant a l'àmbit legal el concepte doctrinal del maltractament addicional exercit com a conseqüència directa o indirecta dels déficits de les intervencions dutes a terme pels organismes responsables i per les actuacions dels organismes implicats.

Com a norma general, ordena a les administracions públiques catalanes i al síndic de greuges vetllar pel dret a la no-discriminació amb independència de l'orientació sexual, la identitat de gènere i l'expressió de gènere. I, en l'art. 6, enumera els principis orientadors de l'actuació dels poders públics en relació amb les persones LGBTI, que concreta en la protecció de la integritat, la dignitat i la llibertat de totes les persones d'acord amb els drets fonamentals i els drets humans universals.

El text normatiu no inclou cap definició dels col·lectius relacionats en el títol, i només en el preàmbul dedica un paràgraf a explicar que el terme transgènere es refereix a les persones que se senten d'un sexe diferent

del que se'ls ha atribuït en néixer segons llurs característiques biològiques, i a les persones que no s'identifiquen exactament ni amb un home ni amb una dona segons la concepció tradicional dels gèneres. Per a la resta dels col·lectius, i a falta d'una definició legal, caldrà tenir en compte el concepte socialment acceptat.

En l'àmbit de l'organització administrativa, instaura un Consell Nacional de Lesbianes, Gais, Bisexuals, Transgènere i Intersexuals com a òrgan participatiu i consultiu permanent, que tindrà representació en els òrgans de participació governamentals que són objecte de la llei.

## B) Polítiques per promoure la igualtat efectiva de les persones LGBTI

La nova llei dedica el seu títol II a establir les polítiques públiques per promoure la igualtat efectiva de les persones LGBTI, detallant les que s'han de concretar en diferents sectors d'intervenció. I, amb aquesta finalitat, les assenyalava concretament en els d'Educació, Universitats, Cultura, Lleure i Esport, Mitjans de Comunicació, Sanitat, Acció Social, Ordre Públic i Privacitat de Llibertat, Participació i Solidaritat, Mercat de Treball i Famílies.

En aquest àmbit, imposa garantir la formació i sensibilització adequades dels professionals, als quals imposa l'obligació de denunciar les situacions de discriminació o violència per raó d'orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere de què tinguin coneixement. Preveu la coeducació per potenciar la igualtat real d'oportunitats, l'eliminació de qualsevol mena de discriminació i la incorporació d'activitats culturals per a la no-discriminació.

Així mateix, en el títol dedicat als mecanismes per garantir el dret a la igualtat, contempla la tutela judicial i administrativa davant les conculcacions del dret a la igualtat de les persones LGBTI, amb l'adopció de les mesures necessàries; atorga la consideració d'interessat, en els procediments administratius que es tramitin en relació amb situacions de discriminació, a les entitats i associacions que tinguin per finalitat la defensa i promoció dels drets humans, i determina que l'exercici del dret d'admissió no pot comportar en cap cas discriminació per raó d'orientació sexual, identitat de gènere i expressió de gènere.

Una innovació important és la inversió de la càrrega de la prova en els procediments administratius sobre discriminació per orientació sexual (art. 30), ja que disposa que correspon a la part demandada, o a qui

s'imputi la situació discriminatòria, l'aportació d'una justificació objectiva i raonable, suficientment provada.

La llei dedica un capítol al règim d'infraaccions i sancions, en què es relacionen detalladament les conductes que poden ser constitutives d'infraaccions lleus, greus i molt greus, així com les respectives sancions, molt centrades en la imposició de multes i la prohibició de rebre subvencions públiques i de contractar amb l'Administració de la Generalitat.

De les infraaccions, en poden ser responsables tant persones físiques com jurídiques, públiques o privades.

## C) Disposicions concretes en l'àmbit de la Salut

Estan contemplades en l'art. 16 i desglossades en tres apartats.

En primer lloc, s'ordena incorporar la perspectiva de gènere en el Sistema Sanitari de Catalunya, tenint en compte les necessitats específiques de les persones LGBTI.

Al punt 2 trobem la novetat més important, en què es disposa que "per mitjà de protocols d'actuació específics s'ha de garantir que els membres de parelles estables, amb independència de llur orientació sexual o identitat de gènere, tinguin els mateixos drets que la normativa sectorial sanitària reconeix als cònjuges o familiars més propers".

I seguidament, contempla una forma concreta, i només aplicable a les persones LGBTI, sobre la prestació del consentiment per substitució.

En aquest cas, quan es tracta de parelles estables de persones LGBTI, el convivent, respecte de l'altre membre de la parella, té la consideració de familiar més proper.

La llei, i només per a les persones LGBTI, dona solució als problemes que, en situacions d'incapacitat transitòria del malalt, o d'impossibilitat de manifestació de la seva voluntat, es plantegen sobre la preferència existent entre els diferents familiars i persones vinculades en la prestació del consentiment per substitució. Per a les persones que contempla la llei, és preferent, i ocupa el primer lloc, el convivent en parella estable.

Ara queda una gran feina per fer i caldrà redactar els protocols d'actuació específics que contempla la llei, que hauran de preveure la forma com s'acreditarà la convivència i l'existència d'una parella estable i, d'aquesta manera, donar efectivitat i vigència reals a la Llei 11/14, del Parlament de Catalunya.

**J. Corbella i Duch**  
Doctor en Dret. Advocat

# La medicina al núvol lleidatà: com, quan i per què?

**M**algrat que la resistència al canvi és una realitat, no podem ometre que la medicina avança, i no només en el tema dels continguts, sinó en el seu ús, en la difusió, en la implementació... I en tot aquest tema, el personal sanitari no ens podem permetre ser únicament observadors passius, sinó que la medicina actual i la societat en general demana que els seus facultatius, el personal d'infermeria i qualsevol professional de salut lideri el camí cap a aquest canvi.

Malgrat que el bombardeig d'informació perme-

La resistència al canvi és una realitat, però la medicina avança

Les noves eines poden millorar l'eficàcia i l'eficiència

tria escriure milers de pàgines sobre aquest tema, intentarem centrar-nos en alguns temes concrets per poder obrir una mica de llum entre el "núvol" d'informació que rebem constantment.

## Eines d'ús

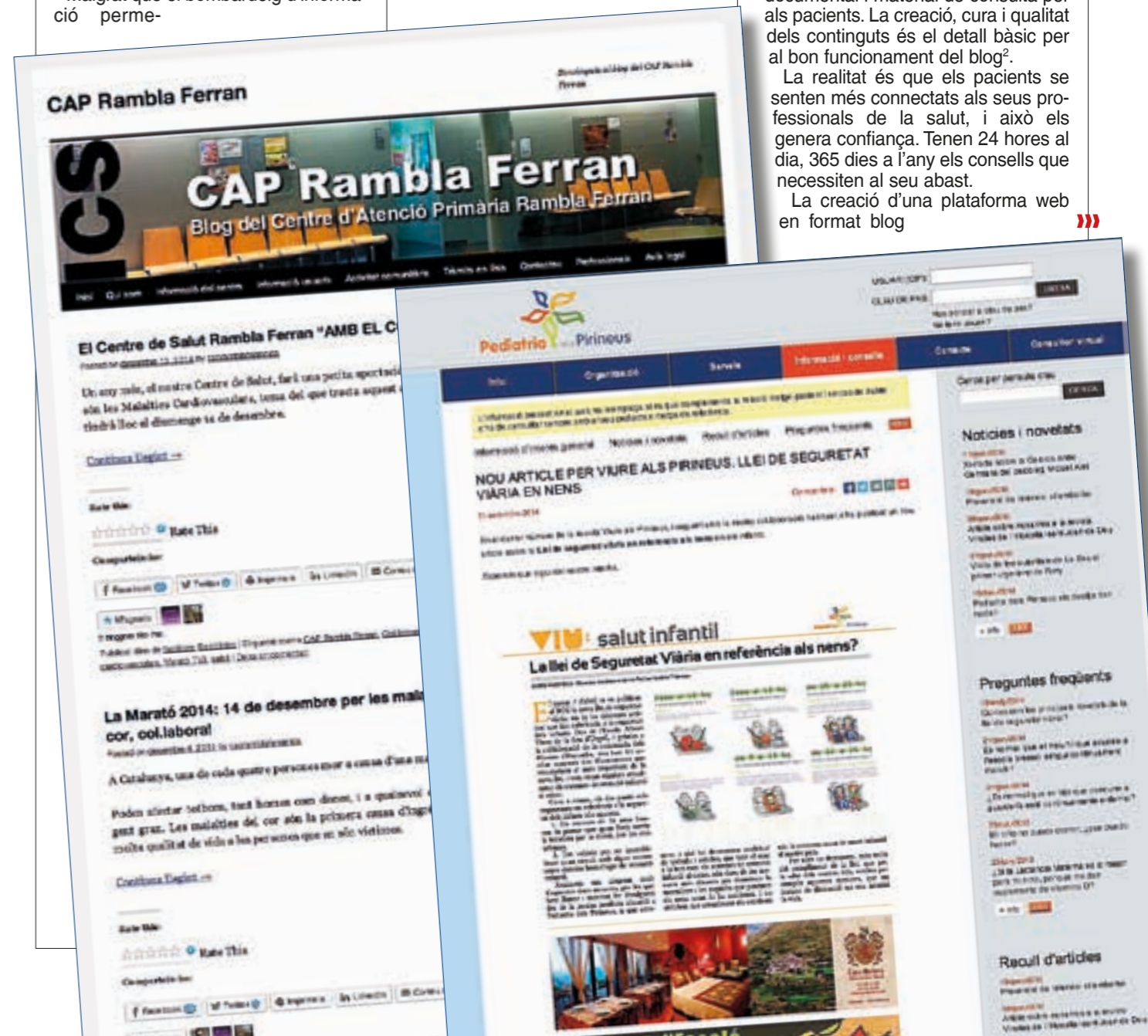
Seguidament intentarem comentar algunes de les eines que els professionals ens trobem en el dia a dia. El seu ús ens pot ajudar a millorar l'eficàcia i l'eficiència a la nostra pràctica clínica diària, i a assolir així l'objectiu final primordial, que és la millora en el diagnòstic, seguiment i tractament dels pacients.

## Blog (comunicació, difusió)

El blog hauria de ser la base de la presència professional de la salut en el món de la e-salut. Permet la creació d'una marca personal, marca que ha de generar continguts i informació útil i de confiança per al pacient. Aquests continguts precisen actualització i ampliació constant i progressiva per anar generant una base de dades documental i material de consulta per als pacients. La creació, cura i qualitat dels continguts és el detall bàsic per al bon funcionament del blog.

La realitat és que els pacients se senten més connectats als seus professionals de la salut, i això els genera confiança. Tenen 24 hores al dia, 365 dies a l'any els consells que necessiten al seu abast.

La creació d'una plataforma web en format blog



no presenta grans dificultats amb l'ús d'eines com Blogger o Wordpress, que faciliten i ajuden de forma molt intuïtiva i senzilla en la creació d'aquest tipus de pàgines web, tant personals com professionals.

**Xarxes socials (comunicació, difusió)**

Les xarxes socials són el millor complement que un professional sanitari que treballa en e-salut pot tenir. Són una gran eina per donar-se a conèixer de manera global i, a la vegada, per orientar els e-pacients a continguts web de qualitat, propis (al blog personal) o aliens (a webs de confiança). La comunicació amb la comunitat es torna àgil, creativa i participativa.

Eina ideal per informar, difondre, aconsellar, redirigir contingut al blog, motivar, crear grups de treball o de suport, promocionar, escoltar i aproximar-se a la comunitat<sup>3</sup>.

Las xarxes socials més utilitzades per professionals de la salut són diverses i, malgrat que cap és millor que l'altra, totes tenen característiques i particularitats específiques i poden funcionar de complement entre si. La utilització que en farem depèn de l'activitat i la presència que es volen adoptar a la xarxa. Les principals són Twitter, Facebook,

Les xarxes socials són el millor complement que pot tenir e-salut

Permeten orientar els e-pacients a continguts web de qualitat

La comunicació amb la comunitat es torna àgil i participativa

	BLOG	TWITTER	FACEBOOK	YOUTUBE	ALTRES
AP ICS Lleida		•			Slideshare
Jornades ICS Lleida		•			
CAP Rambla Ferran	•	•	•		
CAP Balàfia		•	•		
CAP Tàrrega	•				
CAP Almenar			•		
CAP Cervera		•			
CAP Ponts			•		
CAP Agramunt			•		
CAP Capped	•				
CAP Seròs	•				
Salut Comunitària Lleida	•				
Unitat Docent MFIC Lleida	•				
HUAV Lleida		•			
GSS		•			
ICS Pirineu		•			
Pediatría dels Pirineus	•	•			
Pediatres de Ponent	•	•	•	•	Google +
LleidaSalut	•	•	•		
Residents COMLL		•			
Avantmèdic Unitat de la Dona			•		
Vithas Montserrat		•	•	•	
Dr. Ramon Capdevila		•			
Dr. Jorge Soler		•			
Dr. Jordi Fàbrega		•			Slideshare
Dra. Antonieta Vidal		•			Google +
Dr. Sergi Gòdia	•	•			Slideshare

seria el fet que és la xarxa social per excel·lència per possibilitar la generació de comunitats i grups de treball, ja sigui entre professionals de salut, entre pacients o entre ambdós simultàniament. També és una eina ideal per a difusió d'informació sanitària en no limitar la longitud d'escriptura. D'una manera molt similar funciona la xarxa de Google, Google+.

YouTube es la xarxa que està adquirint més importància en els darrers anys en el món de la e-salut. La creació de canals de professionals, entitats i institucions de salut a aquesta xarxa social i la difusió de consells per a

pacients en forma de vídeo s'està convertint en la manera més eficient i efectiva d'arribar a la societat. L'existència de telèfons mòbils intel·ligents fa que la facilitat per a la realització de vídeos a la consulta i la seva posterior publicació i visualització a les xarxes socials sigui enorme, i així s'ha demostrat en els darrers anys.

**Plataformes integrals de gestió clínica (gestió temps i activitat assistencial)**

La reorganització del temps i dels recursos en consulta és un dels punts de la e-salut i l'assistència i comunicació no presencial amb els pacients. Si el professional desitja optimitzar la seva activitat assistencial al màxim i aconseguir la màxima eficiència i rendibilitat en el seu dia a dia és necessari comptar amb l'ajuda d'un gestor de consultes i pacients integral que permeti tant la gestió de pacients i processos presencials com virtuals entre professionals i pacients, i fins i tot entre professionals.

Els principals beneficis que una plataforma integral de gestió clínica ha d'oferir al professional de salut són:

- Gestió de la cartera de pacients.
- Assistència clínica presencial i virtual.
- Canal virtual de comunicació directa entre professionals de salut (missatgeria, videoconferència, espai de trobades

virtuals...).

- Canal virtual de comunicació directa entre professional i pacient (missatgeria, xat, videoconsulta...).
- Gestió compartida de dades entre professional de salut i pacient.
- Entorn segur de tractament de dades sanitàries.
- Seguiment i monitorització en temps real de patologies i tractaments per mitjà de sistemes d'avisos i alertes.
- Reorganització del temps i flux de treball.
- Optimització de recursos.
- Reducció de demores i desplaçaments.
- Treball en xarxa.
- Agilitat de circuits i d'atenció.
- Exportació de bases de dades per a la realització d'estudis i treballs de camp.
- Realització de campanyes de màrqueting i marca personal.
- Gestió econòmica de l'activitat assistencial.

Un exemple de plataforma que s'adapta a aquestes necessitats i ofereix la possibilitat d'introduir en el món de la

e-salut el professional sanitari és Medkia (www.medkia.com), plataforma integral de gestió clínica adaptada a tots els entorns i especialitats de professionals de salut. No necessita cap mena d'instal·lació en equips informàtics i s'adapta a qualsevol pàgina web/blog professional o personal per tal de donar accés als pacients de forma compartida amb els professionals, manejable des de qualsevol dispositiu fix o mòbil i que aposta per la total mobilitat de les dades i la informació, sempre tenint en compte la seguretat del pacient i les seves dades personals i sanitàries.

Els professionals de salut han d'anteposar-se a les necessitats dels seus pacients, apropar-se encara més a ells gràcies als avantatges que ofereixen les TIC i adaptar-se al canvi d'època que s'està vivint en el món de la salut, canvi al qual els pacients ja s'han adaptat i estan sol·licitant cada cop amb més força la seva adaptació a la feina diària dels seus professionals de confiança<sup>4</sup>.

**Dr. Sergi Gòdia i Dr. Alejandro Rodríguez**  
Medicina Familiar i Comunitària

1. Las TIC en el sistema nacional de salud. El programa sanidad en línea <http://b16900.cdn.telefonica.com/16900/informe.pdf>
2. <http://sdesalud.es/blogs-sanitarios/>
3. [www.gencat.cat/xarxes-socials/pdf/guia\\_usos\\_xarxa\\_](http://www.gencat.cat/xarxes-socials/pdf/guia_usos_xarxa_)
4. [http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe\\_ciudadanos\\_esanidad.pdf](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf)

YouTube, Google+ i Pinterest.

Twitter és una xarxa de micromissatgeria (microblogging) que permet comunicar-se amb la resta d'usuaris a través de missatges d'un màxim de 140 caràcters. La limitació d'espai informatiu aconsegueix una increïble agilitat a l'hora de crear converses i debats, tant amb pacients com entre professionals de salut. És la principal xarxa per redirigir visites als blogs i webs, i això fa que a poc a poc ambdues vagin creixent gràcies a la connexió interplataforma.

Facebook no és desconeguda per ningú, però si cal destacar-ne quelcom





# Lo normal, solo dos gotitas



a los usuarios de manera que todos aquellos que tengan problemas acudan en primera instancia al médico en lugar de ir al supermercado a comprar un absorbente o a apuntarse a una clase grupal. Sea hombre o mujer, sea por un fuga o un dolor, sea por correr o por una intervención de próstata, todos ellos tiene que saber que se les puede ayudar. Uno de los hándicaps principales es quién tiene que llevar a cabo esta labor. A nivel de Primaria, los usuarios que reciben educación sanitaria en uroginecología son las mujeres embarazadas, ya sea en las clases de parto o en los controles posteriores. Se ha demostrado que si no se enseñan los ejercicios de Kegel de manera individual no se consiguen resultados. En la primera consulta, la mitad de las mujeres no saben ni lo que tienen que hacer. De la mitad restante, un 20% empujan y el 30%

localizan bien la zona realizando una ligera contracción. Muchos de los casos de incontinencia urinaria podrían ser tratados en el ámbito de Primaria con unas pautas básicas, principalmente los pacientes con factores de riesgo o incontinencias de esfuerzo declaradas. Un fisioterapeuta formado en esta materia podría realizar esta función formando parte del equipo interdisciplinar.

Las pautas a seguir son muy sencillas, no requieren coste alguno por parte del paciente, se pueden realizar en el domicilio y si no hay mejora, puede derivarse a nivel hospitalario para completar el tratamiento. Realizar los ejercicios de Kegel a diario, mantener unos hábitos de ingesta y micción de

líquidos adaptados, reducir los factores de riesgo y mantener un peso corporal saludable son elementos básicos.

No se debe normalizar una pérdida de orina, hay que tratarla para que el usuario pueda seguir haciendo lo que más le guste, ya sea correr o cantar. Detección, educación, concienciación y adherencia al tratamiento son las claves para abordar una patología cuyas tasas de prevalencia e incidencia van en aumento. La calidad de vida que se pierde con la incontinencia urinaria no viene envuelta en plástico ni en una cuota mensual.

**Loli Gómez García**  
Fisioterapeuta col. 1826  
Unidad de Fisioterapia del  
Hospital Santa Maria de Lleida  
Directora y fisioterapeuta de  
FOWLER Rehabilitació  
Profesora asociada al Grado  
de Fisioterapia de la UdL

Estas son las tres palabras más utilizadas cuando les preguntamos a las pacientes si tienen fugas mientras corren, hacen zumba o aeróbic. No es que estas actividades físicas sean nocivas por sí mismas, el problema es que el suelo pélvico no está preparado para realizarlas. Las actividades más agresivas son aquellas que aumentan la presión abdominal, ya sea porque genera compresión en el periné (abdominales) o por impacto (correr). La actividad física que menos factor de riesgo presenta es la natación (4,5% casos). El medio

acuático es un medio desgravado que genera una disminución de presión en el suelo pélvico reduciendo el riesgo de fugas. No es aplicable al salto de trampolín, disciplina que presenta el mayor porcentaje de fuga (85%). Hay que tener también en cuenta actividades que fuera del ámbito deportivo suponen un factor de riesgo para el suelo pélvico por el aumento de presión que generan: el canto o tocar instrumentos de viento son dos claros ejemplos.

Toda mujer debería de cuidar su suelo pélvico, independientemente de

si tiene clínica o no. La patología uroginecológica es altamente compleja y no todas cursan con pérdidas, puedes presentar dispareunia, sensación de inestabilidad, ocupación e infecciones de orina entre otras. Todas tienen un impacto muy alto en la calidad de vida de las pacientes y a día de hoy desde el ámbito sanitario no se puede permitir que estas pacientes no tengan información veraz de lo que les pasa y de las posibilidades de tratamiento. Lo que no encuentran en la sanidad, lo buscan fuera y no tienen criterio para valorar si lo que les llegan es fiable o

no. Los fabricantes de compresas sí han sabido hacerlo, han hecho llegar a la población general una idea muy clara: la compresa es la solución. Han sabido asociar seguridad a protección. Del mismo modo, los centros deportivos han incluido en su catálogo de servicios los ejercicios denominados hipopresivos, técnica de tratamiento de suelo pélvico creada por Marcel Caufriez. "Los abdominales son malos para el suelo pélvico, apúntate a la clase de hipopresivos." Este tipo de información también llega al usuario, y tal y como anteriormente he mencio-

nado, se puede realizar cualquier actividad física, siempre y cuando nuestro suelo pélvico esté sano, analizando cada caso de manera individual. Los hipopresivos no sustituyen de ninguna manera los ejercicios de Kegel, no mejoran la fuerza del periné e inciden en su tono siempre y cuando estén bien indicados y realizados. Basar una rehabilitación del suelo pélvico solo en hipopresivos es un error, forman parte del tratamiento, pero no como elemento único de trabajo.

Los profesionales de la salud tenemos que ser capaces de ir reeducando

# Centre de Medicina de l'Esport de la Generalitat de Catalunya a Lleida. Creació i evolució

**E**l Centre de Medicina de l'Esport a Lleida va ser inaugurat l'any 1979 i el seu primer nom va ser Centro de Medicina del Deporte y de las Actividades Juveniles. Depenia de la Direcció General de Deportes i les seves funcions eren atendre els esportistes, ja fossin escolars, federats o d'alta competició.

El doctor Lluís Calvo Condal va ser el primer director del centre lleidatà i hi va treballar juntament amb el doctor Coca Balagueró. El primer era pediatre i el segon, cardiòleg. Entre tots dos van tenir cura dels principals esportistes de Lleida entre els anys 70 i 80. Les seves tasques no només eren atendre els esportistes d'elit, que en aquella època gairebé només eren els piragüistes de la Seu d'Urgell, sinó que també feien revisions als nois que anaven de colònies.

La primera ubicació del Centre de Medicina Esportiva de Lleida van ser els baixos de l'antiga Casa de l'Esport, al costat del velòdrom que hi ha al Camp d'Esports. Com que també hi havia unes piscines (ara al seu lloc hi ha el gimnàs Ekke), eren molts els nedadors que hi passaven, ja que el doctor Calvo era un gran defensor d'aquest esport en l'edat infantil.

El doctor Calvo va ser l'artífex que el centre estigués ben dotat de material. Va fer alguns viatges a Madrid per aquest motiu i fins i tot va avançar diners de la seva butxaca. Revisant la bibliografia per fer aquest article, he trobat un inventari molt detallat del material que hi havia. M'agradaria destacar-ne l'aparell de raigs X Imperix C-100 amb tot el seu laboratori, dos electrocardiògrafs, una butaca d'odontòleg, aparells d'ona curta i tots els estris per mirar la visió dels practicants de tir olímpic (en total, 1.935.173 de pessetes).

L'any 1980, amb les transferències de l'Estat Espanyol a les comunitats autònomes, el Centre de Medicina de l'Esport va ser transferit a la Generalitat de Catalunya, i és en aquesta època que la Generalitat compra els primers analitzadors d'O<sub>2</sub> (Oxicon) per analitzar la fisiologia muscular. L'adquisició d'aquest aparell va suposar un salt qualitatiu molt gran en les revisions mèdiques, ja que es van fer les primeres valoracions de tipus científic dels entrenaments dels



Dr. Lluís Calvo Condal

El Dr. Calvo, el primer director, va ser l'artífex que el centre estigués ben dotat de material

esportistes. Aquestes valoracions es basaven en proves d'esforç directes i no, com s'havia fet fins llavors, en proves indirectes.

Fins llavors, la gent solia practicar esport de forma individual, però en aquesta dècada es van començar a crear molts clubs, sobretot de ciclisme, atletisme i taekwondo, que solien demanar revisions mèdiques. Pel Centre Mèdic hi passaven els pocs olímpics lleidatans que hi havia i, fins i tot, algun de no lleidatà, com l'olímpica de taekwondo Coral Bistuer, que tenia molta amistat amb el doctor Calvo, ja que aquest era el metge de l'equip nacional de taekwondo. Si bé de Lleida van anar a les Olimpíades de Barcelona altres metges com a voluntaris, el

doctor Calvo és l'únic metge lleidatà que hi va anar com a metge titular de la selecció nacional amb passis infinits per a tota la Vila Olímpica i per a tot l'Estadi, ja que havia anat a les Olimpíades de Seül 1988 i Barcelona 1992 com a responsable de l'equip nacional de taekwondo.

L'any 1986, tota la delegació territorial d'Esports i, per tant, també el Centre Mèdic, va ser traslladada als baixos de l'Edifici Terraferma, a l'avinguda del Segre, 7. El Centre Mèdic ocupava els baixos juntament amb les delegacions de les federacions esportives, excepte les de futbol i bàsquet, que disposaven de local propi. A la primera planta s'hi van ubicar les oficines de la delegació territorial d'Esports, que donaven el suport administratiu al Centre Mèdic.

La Generalitat de Catalunya, de cara a les Olimpíades del 92 a Barcelona, va fer inversions econòmiques importants a finals de la dècada dels 80, com ara la creació del Centre d'Alt Rendiment de Sant Cugat del Vallès (CAR), per preparar els futurs olímpics, la qual cosa va obligar a crear diferents centres de tecnificació a la resta del territori per formar esportistes que en un futur anirien al CAR. Així, a Lleida capital es van crear centres de tecnificació d'atletisme, ciclisme, tir olímpic, voleibol i tennis (d'on va sortir la tennista professional Conchita Martínez, que va ser fitxada pel Club Tennis Urgell), natació (d'on van sortir nedadors de nivell com Sergi Roure, Rojano, Itziar Esparza i Mariona Costa). A la resta de comarques lleidatanes també s'hi van crear centres de tecnificació: n'hi havia un d'esquí a Vielha i un d'esquí i un de piragüisme a la Seu d'Urgell (d'aquest van sortir els olímpics Pere Guerrero i Marc Vicente).

Els responsables mèdics del Pla de Tecnificació Esportiva van ser, primer, el doctor Tomàs Alonso, i després, el doctor Xavier Sanuy. La creació d'aquests centres de tecnificació, que estaven dotats de metge de l'esport, psicòleg de l'esport i tècnic esportiu, va ser la clau per fer una tria dels esportistes que després anirien al CAR, on passarien de la tecnificació esportiva a l'alt rendiment. En aquesta època les visites es feien només a la tarda, per la qual cosa al centre s'hi acumulava gent. A més dels esportistes i els seus tècnics (recordo Marcelino Campayo, Ascen Ibáñez, Xavier Torredadella, Quim Erta, Fanny Majo i Ramon Simó), moltes vegades venien a veure el doctor Calvo amics personals seus. Jo en vaig conèixer uns quants: Ernest Ros, Joan Carrera de La Caixa, els professors Joan Lozano i Javier Lasheras, el coronel Àngel Torres, ja que Lluís Calvo de jove va ser metge militar, i el comissari de Policia Fernando Aranzana, ja que Lluís Calvo va ser inspector mèdic de la Policia Nacional.

L'any 1988, el doctor Calvo i el doctor Coca van organitzar el primer curs

de formació continuada en Medicina de l'Esport juntament amb l'Associació Medicoquirúrgica al Col·legi de Metges de Lleida. L'any 1990, el doctor Lluís Calvo va ser nomenat vicepresident de la Comissió Mèdica Mundial de la Federació Internacional de Taekwondo.

L'any 1991, els doctors Calvo i Coca van deixar voluntàriament el Centre de Medicina de l'Esport perquè hi poguessin entrar les noves fornades de metges especialistes en medicina de l'educació física i de l'esport. Concretament, ens hi vam incorporar el doctor Xavier Cufapé com a director i jo mateix com a ajudant. En aquesta època, es feien moltes visites a clubs esportius de futbol (com la UE Bordeta, l'Atlètic Segre, la Unió Esportiva Lleida quan va estar a Primera divisió), de voleibol (Cecell i Lestonnac) i d'handbol, amb els primers jugadors estrangers contractats com a fitxatges estrella. Era l'època en què es van crear nous clubs de ciclisme, com el Club Ciclista Terraferma, que, juntament amb la veterana Societat Ciclista Llerdense i la Penya Ciclista Colomina, acaparaven els principals ciclistes que visitàvem. En aquesta època es va organitzar el segon curs de formació continuada en Medicina de l'Esport al Col·legi de Metges de Lleida amb l'Associació Medicoquirúrgica.

Durant aquesta època, a Lleida es va crear un mini-CAR a l'antiga casa del director de l'Institut Màrius Torres de Lleida, que fins a aquell moment havia estat ocupada per un conserge i els seminaris de l'Institut. Es va anomenar Residència d'Esportistes de Lleida i el motiu de la seva creació va ser tenir en règim d'internat els esportistes amb bona promoció esportiva, que estaven escampats per les comarques lleidatanes, a fi d'ajuntar-los tots en un mateix lloc. El primer any només eren uns 25, però al final van ser molts i es van haver d'habilitar altres llocs per acollir-los, com ara la Caparrella i l'Alberg Sant Anastasi. Amb aquest model d'internat al costat d'un institut es pretenia que el noi o la noia, a més d'entrenar-se, no descuidés la seva formació intel·lectual. El desembre del 1996 el doctor Xavier Cufapé va deixar el Centre per fer de gerent a la Clínica Aliança. El gener de 1997 vaig assumir el càrrec de director del Centre de Medicina Esportiva.

Una vegada acabades les Olimpíades del 92, els pressupostos en matèria esportiva i, per tant, també en medicina esportiva, van començar a ser restrictius. Això va comportar una retallada de personal (en poc temps vam passar de tres metges i una fisioterapeuta a un sol metge) i que les visites només fossin gratuïtes per a esportistes de tecnificació i d'alt nivell.

En aquesta època, els avenços tecnològics en material mèdic de medicina esportiva per estudiar la fisiologia de l'esforç dels esportistes van ser importants. Van aparèixer els mòduls per

Data	Descripció	Quantitat	Preu unitari	Preu total
1	APARELL "Rays 0" Mod. IMPERIX C-100	1	214.000,-	214.000,-
2	APARELL "Rays 0"	1	18.000,-	18.000,-
3	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
4	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
5	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
6	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
7	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
8	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
9	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
10	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
11	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
12	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
13	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
14	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
15	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
16	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
17	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
18	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
19	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-
20	APARELL "Rays 0" amb tirants cruats	1	3.000,-	3.000,-

Inventari del Centre de Medicina de l'Esport a Lleida

estudiar el CO<sub>2</sub>, que en un inici només eren d'O<sub>2</sub>, i els aparells per mesurar l'àcid làctic en sang.

També ens encarregàvem de l'assistència mèdica dels esportistes que estaven a la Residència d'Esportistes Màrius Torres. Recordo que en èpoques de viriasi podíem fer diversos viatges al dia per atendre'ls.

Fa tres estius s'havia de remodelar la Residència d'Esportistes, però amb la crisi econòmica no es va fer i al mes de setembre es va tancar de forma definitiva.

L'any 1999, la Secretaria General de l'Esport, que fins llavors estava adscrita al Departament de Presidència, va passar a la Conselleria de Cultura, per la qual cosa el Centre Mèdic i tota la delegació territorial es van traslladar a les instal·lacions del Departament de Cultura, a la rambla d'Aragó número 8. Durant aquesta època, a Cultura es van convocar les primeres oposicions de metges de l'esport: en total, una plaça a cada territorial i sis a Barcelona. A Barcelona es va tancar un dels dos centres de medicina de l'esport (concretament, el del passatge Permanyer) i es va concentrar tot a la Residència Blume d'Esplugues de Llobregat. La duplicitat de material que va provocar aquesta fusió va produir que l'analitzador de gasos de Permanyer fes cap a Lleida i que, al cap de poc temps, ens n'arribés un dels millors del mercat.

Eren èpoques en què havíem de derivar alguns casos de cardiologia o de traumatologia a la Blume d'Esplugues, però alguns esportistes no hi podien anar i era aleshores que consultàvem amics metges com el doctor Jaume Roca o Cinto Cabau en el cas de Cardiologia, i el doctor Francesc Pallisó en el cas de Cirurgia Traumatològica.

Una nova reestructuració del Govern de la Generalitat, l'any 2007, va comportar que es passés una altra vegada


a dependre del Departament de Presidència, la qual cosa va implicar un nou trasllat de la delegació territorial de l'Esport a la Delegació del Govern de la Generalitat, al carrer Lluís Companys, número 1. Com que el Centre Mèdic no tenia espai, va ser reubicat de forma temporal a les instal·lacions de l'INEFC Lleida, on encara és actualment.

Es preveu que, en un futur, els centres de medicina esportiva de la Generalitat passin a instal·lacions hospitalàries de gestió pròpia per poder acreditar-los com a centres de nivell II, de manera que puguin atendre la població esportiva que no està en règim de tecnificació o d'alt nivell, que continuaria a càrrec de la Generalitat. Girona ha estat capdavantera en aquest model i el Centre de Medicina de l'Esport de la Generalitat ha estat traslladat a les instal·lacions de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) i l'Hospital de Santa Caterina, que a les tardes està obert als esportistes federats.

El juliol passat s'han iniciat les primeres converses perquè el Centre de Lleida —que, com he dit, està ocupant de forma provisional una sala de l'INEFC, que és on es formen els tècnics esportius, però que no té res a veure amb la medicina esportiva ni amb la formació dels metges de l'esport— passi a l'Hospital de Santa Maria per poder adoptar un model de gestió com el de Girona. Les primeres converses han estat molt positives; ara falta que els responsables polítics en matèria sanitària i esportiva es posin d'acord. Aquesta nova ubicació, en un recinte hospitalari i universitari i, a més, cèntric, seria el marc ideal per a la població federada.

**Dr. Fernando Pifarré San Agustín**  
Metge especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport. Podòleg Professor de Biomecànica. Grau de Podologia. FUB. Universitat Central de Catalunya





Els moments de necessitat s'han de compartir  
Mutual Mèdica té cura de la seva previsió social (invalidesa, jubilació, alternativa a autònoms...). La mutualitat dels metges l'ajuda a estalviar perquè en el futur pugui mantenir el nivell d'ingressos de la seva vida en actiu. Vostè centri's en la seva professió, la medicina.



**MutualMèdica**

la mutualitat dels metges