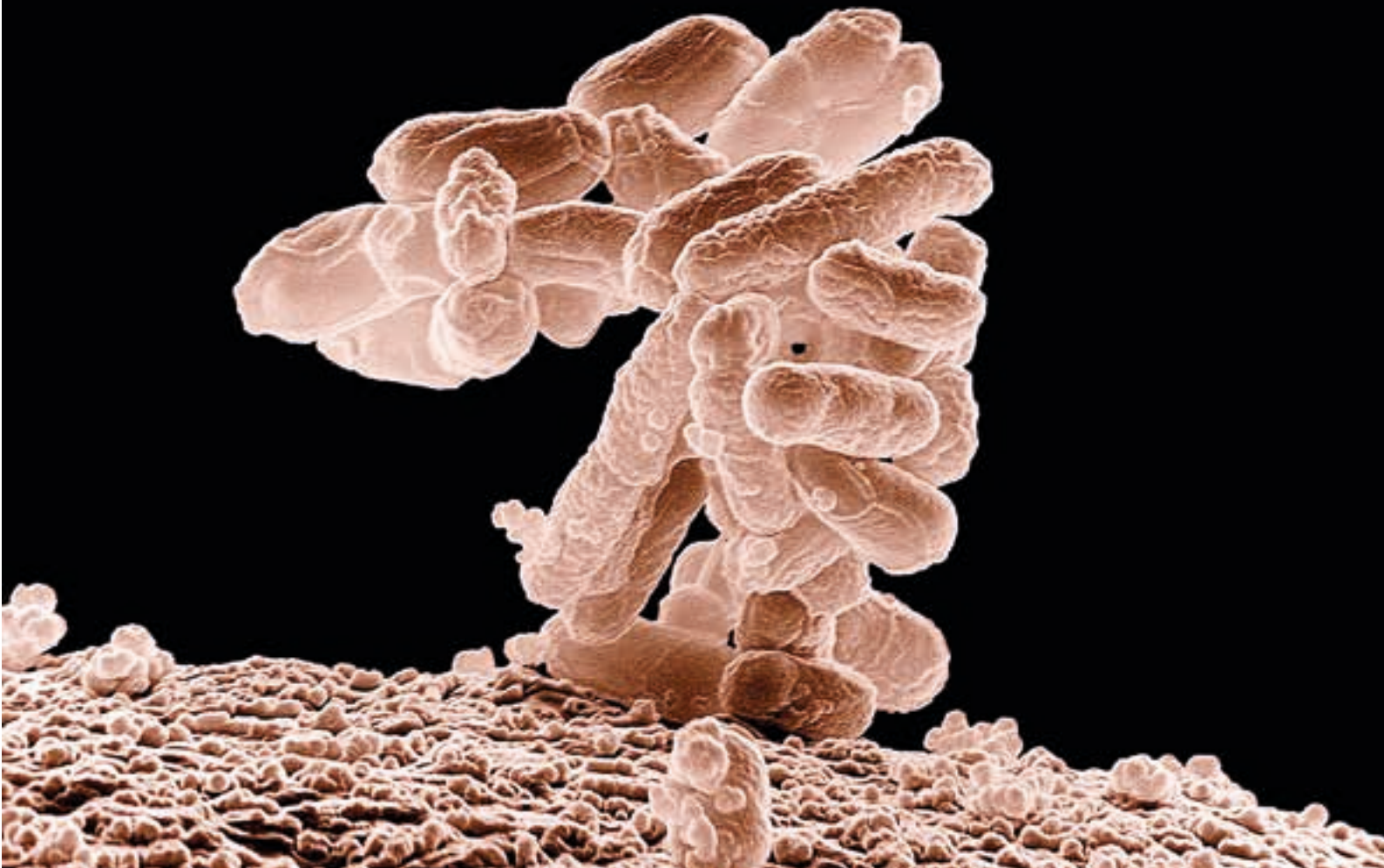


Radiografia de la microbiologia clínica a Lleida





**El millor servei
al millor preu**



Tercers amb
assistència
des de
161€/any*



**100% DEL VALOR
DE NOU**
els 3 primers anys



**ASSISTÈNCIA
EN VIATGE**
amb distància il·limitada
de remolc del vehicle



**SUBSTITUCIÓ
DE RODA**
en cas de punxada



**COTXE
DE SUBSTITUCIÓ**



**DEFENSA
DE MULTES**



**ET TORNEM L'IMPORT
del curs obligatori per
la pèrdua total de punts**

* MediMotor (zmp). Cobertures aplicables segons modalitat i paquet contractat. Les condicions generals aplicables estableixen amb detall totes aquestes garanties. Prima anual en funció del perfil del conductor principal i del vehicle assegurat.



La microbiologia a Lleida i el dret a l'equitat

El Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova dona des de fa anys cobertura a tot el territori lleidatà i és l'únic centre de referència en patologia infecciosa. Com sabem, aquesta patologia ha adquirit gran transcendència i ha provocat una greu preocupació entre la ciutadania en els darrers temps.

Per tant, el Laboratori de Microbiologia hauria de tenir una dotació adequada i suficient de personal, infraestructures i equipament. I, evidentment, hauria de complir les normes de bioseguretat i garantir una millora en el diagnòstic i la prevenció de les malalties infeccioses al nostre territori des dels punts de vista epidemiològic i de salut pública.

Malauradament, l'article *La microbiologia clínica a Lleida*, que publica BUTLLETÍ MÈDIC en aquest número, evidencia que el laboratori està lluny d'adequar-se a les necessitats actuals de la nostra circumscripció. Hi ha importants deficiències en personal, que està molt per sota de la ràtio recomanada per la Societat Americana de Microbiologia, i en la dotació existent en altres hospitals catalans que atenen una població similar a la nostra. La situació suposa, de fet, negar el dret a l'equitat dels lleidatans i de les lleidatanes en l'accés als serveis sanitaris.

Els professionals de la Medicina considerem que és urgent i necessari acabar amb el greuge comparatiu que pateixen els ciutadans de Lleida respecte als d'altres territoris de Catalunya.



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

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

Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Bea Font Pelay
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 Valverdu
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



Com ens veuen els pacients?

Articles de Miquel Pueyo, Mercè Torrentallé i Paco Castillo sobre la percepció que tenen dels professionals i del sistema de salut. **13** >>>

Discapacitat: atenció, valoració i prevenció

Reportatge de la Dra. Marta Prim, del Departament de Benestar Social i Família. **20** >>>

La confidencialitat sanitària

Articles de l'advocat Josep Corbella i la Dra. Montse Esquerda, membre de la Comissió de Deontologia del COMLL. **24** >>>

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

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

Celebrades les Jornades d'Innovació i Millora de la Docència a la Universitat de Lleida

Les Jornades d'Innovació i Millora de la Docència es van celebrar els dies 28 i 29 de gener al Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera de la Universitat de Lleida (UdL). Les va organitzar l'Institut de Ciències de l'Educació de la UdL. BUTLLETÍ MÈDIC us n'ofereix el resum.

1. L'avaluació i la pràctica reflexiva

La pràctica reflexiva és una competència que facilita als professionals una resposta més complexa i més profunda, producte del coneixement basat en l'experiència i adquirit durant el procés reflexiu (Perrenoud). L'alumne, durant el pràcticum és el protagonista actiu de la seva formació, però al seu aprenentatge també integra la seva pròpia experiència i la interacció amb els docents. Les emocions són fonamentals durant el pràcticum, (Hastings 2004), perquè és un dels moments en què la formació universitària pot influir en la dimensió més personal dels estudiants.

El procés reflexiu és l'oportunitat de construir i deconstruir els coneixements de l'aprenentatge, de l'ensenyament, l'entorn i els processos educatius, tenint en compte les múltiples experiències viscudes i tot participarà en la seva presa de decisions.

L'avaluació consisteix en el magne pas final del procés de l'aprenentatge, quan tenim evidència que allò que volíem construir ho està, amb les formes, servituds i l'orientació de a qui anava adreçat. Els sistemes d'ensenyament tradicionalment ens orienten a esperar el judici i el veredict de altres experts o de designats pel mateix estament per decidir si el nostre producte final és l'adequat al que s'esperava per obtenir una nota, un diploma o un reconeixement.

A partir d'una experiència de pràctica reflexiva en alumnes de segon curs, després de realitzar el pràcticum als centres de salut durant un mes de l'any 2012, vam observar que els mateixos alumnes relataren múltiples competències clíniques com a assolides davant la pregunta següent: "He

aprens a fer." Molts cops es tractava de tècniques que els experts considerem d'una certa dificultat i que requereixen moltes repeticions amb observadors i diferents experiències personals per poder tenir un *manegament* almenys adequat.

Les preguntes van ser: "Coneixem què saben fer els nostres estudiants?" "Coneixen fins on han de saber fer?" Hem dissenyat i dut a terme diferents experiències en el segon, cinquè i sisè curs del grau de Medicina a Lleida de les quals us presentem l'anàlisi de les troballes en un context de recerca qualitativa.

Saben fer? - Segon curs 2013-2014

Avaluació en comunicació:

- Objectius docents: anàlisi i observació de l'entrevista clínica, comunicació no verbal i la tècnica de donar males notícies.
- Objectius docents complementaris: iniciar el procés de pràctica reflexiva. Treball en equip.

Metodologia

Facilitació d'una seqüència de cinema escollida pels professors accessible des de la plataforma Sakai. Grups de tres, escollits entre els mateixos alumnes:

- Primera part. Calia enumerar elements de la comunicació no verbal, descriure l'entrevista clínica i fer propostes de millora. Elaborar una pràctica reflexiva sobre comunicació personal durant el pràcticum.
- Segona part. Dissenyar, realitzar i presentar en format vídeo una escena similar amb les propostes de millora.

Primera part

Observació i anàlisi de la comunicació no verbal d'una seqüència de la pel·lícula *Will*:



Coneixem què saben fer els nostres estudiants? Coneixem fins on han de saber fer?

- Es van presentar 36 treballs que analitzaven escenes (99 alumnes).
- Dos avaluadors simultàniament.
- Es van valorar com a molt correctes el 55% i com a correctes, el 45%.
- El 96% dels alumnes recomana repetir l'activitat anualment i amb altres competències.

Pràctica reflexiva individual sobre comunicació, realitzada de forma posterior al pràcticum i feta indistintament en centre de salut o hospitals.

- Qüestions per respondre: enumerar models de comunicació observats. "Recordo un cas en què...Quins elements de comunicació hauré de ser capaç d'observar en els pacients? Què he de millorar? Com ho faré durant la meva formació a la facultat? Què he fet fins ara? Quins són els meus punts forts?"
- 88 treballs valorats. Es va realitzar un *feedback* personalitzat a tots els alumnes.

Segona part

Vam demanar als alumnes que elaboressin un producte audiovisual d'una durada màxima de 7 minuts en grups de tres estudiants en el qual havien de reproduir una escena de com donar

males notícies i amb una correcta tècnica de l'entrevista clínica. Se'n garantia la privadesa.

- Es van presentar 31 gravacions, que corresponien al treball de 88 alumnes. Dos avaluadors de forma independent avaluaven amb la següent rúbrica i acordant prèviament la ponderació:

Tècnica (llum, so, plans, guió, credibilitat). Metodologia comunicació (escala CICAA, metodologia entrevista, comunicació no verbal, tècniques pròpies de les males notícies). Elements extra (continguts docents, aportacions fora del guió, títols). Valoració global.

- La nota mitjana va ser de 8/10, amb una concordança dels avaluadors del 95%. Sis van ser considerats excel·lents (un ha estat presentat al Congrés Nacional de Entrevista Clínica del mes de novembre a Barcelona).

• El 96% ho ha valorat amb una alta satisfacció, se n'ha recomanat la continuïtat i s'ha ampliat a les habilitats pròpies de l'exploració física. Actualment, s'ha organitzat un grup voluntari i no curricular per realitzar *feedback* dels vídeos i participar en projectes.

Per tant, hem aconseguir implementar en la nostra assignatura de segon,

reconeguda amb 6 ECTS, un mètode que ens atreviríem a dir de 360 graus, amb un examen de coneixements, demostració de què saben fer i ho fan amb els casos clínics al Sakai, la pròpia experiència durant el pràcticum i la seva experiència reflexiva, i mostra de com ho fan amb les gravacions.

Cinquè curs. Avaluant diferent. Curs 2013-2014

Assignatura *Habilitats pràctiques per a l'exercici de la medicina*, que és optativa a cinquè.

S'ha dissenyat i dut a terme un examen de coneixements basat en casos, amb 31 preguntes obertes orientades al raonament clínic, perquè demostrin què saben i com fer-ho.

Simultàniament, tots els alumnes a l'aula d'informàtica per garantir la seguretat. S'ha utilitzat la plataforma Sakai. Durant l'examen era possible consultar bibliografia.

Ha estat corregit per tres avaluadors simultàniament. L'índex de concordança ha estat del 95%.

A cada alumne, sense conèixer-ne

quina ha estat la seva avaluació, se li han facilitat els dos millors exàmens, els ha avaluat i al mateix moment s'autoavalua utilitzant com a estàndard els exàmens facilitats. Posteriorment, han afegit reflexions sobre la pròpia nota final o algun apartat en concret.

La concordança entre alumnes i avaluadors ha estat >90%.

La satisfacció ha estat pràcticament del 100% i es va recomanar seguir amb aquesta metodologia.

Pràctica reflexiva a sisè. Cursos 2012-13 i 2013-2014. Anàlisi de l'autopercepció d'habilitats competencials en finalitzar el grau

Es va demanar als alumnes que cursaven el darrer període del grau de Medicina, sisè curs, que en finalitzar l'any de pràctiques emplenessin un qüestionari en què els convidàvem a fer una pràctica reflexiva, amb una narrativa lliure, al voltant de la seva futura incorporació al món professional. Hi van participar 118 alumnes (78%).

Les qüestions que calia respondre eren: Com a estudiant de Medicina amb una visió de futur professional, »

quines són les meves àrees competencials a l'entorn de la comunicació, quines són les meves fortaleces i on he de millorar? Pel que fa a les habilitats clíniques, els meus punts forts que he de seguir reforçant són... Quins punts he de millorar?

- Més del 50% consideren fortaleces:
- Comunicació. Capacitat d'escolta. Calidesa. Comunicació no verbal. Treball en equip. Escolta activa.
 - Habilitats clíniques: anamnesi, exploració sistemàtica, auscultació pulmonar, elaborar diagnòstics diferencials.

Més del 50% consideren que han de millorar en actuacions davant situacions comunicacionals complexes, gestió de la reactivitat i la cronèmia, aprenentatge d'idiomes, l'exploració neurològica, cardiovascular i la de l'aparell locomotor.

Els dos anys s'han recollit resultats similars. Per això volem concloure que la pràctica reflexiva hauria de formar part del disseny curricular de l'estudiant, recollida en el seu portfoli, i hauria de permetre individualitzar els objectius docents dels pràcticum de cada estudiant.

Aquests treballs han estat presentats al XXI Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (Madrid 2013), a les VIII Jornadas de Innovación Docente e Investigación Educativa (Campus Iberus. Zaragoza 2014) i al XXV Congreso Nacional de Comunicación i Entrevista Clínica (Barcelona 2014), en què vam tenir el reconeixement del Comitè Científic amb el Premi a la Millor Comunicació.

Conclusions

Cal facilitar i promoure la reflexió com a competència personal i professional, i incloure-la dins del context avaluador del currículum de l'estudiant.

S'ha de donar més protagonisme a l'alumne en la seva planificació d'objectius docents.

És necessari avançar cap a un model d'avaluació més proper a les necessitats professionals.

**Dr. Eduard Peñascol Pujol,
Dr. Jorge Soler González i Dr.
Antoni Rodríguez Rosich**

*En representació dels professors de
Comunicació i Medicina Comunitària*

2. Combinació d'eines virtuals i activitats formatives presencials, un bon còctel docent

Clàssicament, l'ensenyament a la uni-



L'ús de les eines virtuals és d'una gran utilitat

versitat s'ha basat en la transmissió de coneixements. Però l'espectacular creixement que ha experimentat el coneixement, juntament amb el desenvolupament de les noves tecnologies de la informació i la comunicació, ens obliga, als professors universitaris, a replantejar-nos seriosament la nostra metodologia docent. Avui dia encara segueix vigent la piràmide de Miller (Miller GE 1990: The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 65:S63-7) com a model que ens permet establir relacions entre les activitats formatives i la consistència que assoleix l'aprenentatge. Aquesta piràmide ens mostra que amb la transmissió de coneixements no n'hi ha prou, i que per a un bon aprenentatge és fonamental que es programin activitats formatives en què els alumnes apliquin el que coneixen per interpretar i resoldre problemes. O sigui, que tinguin un paper més actiu en el seu aprenentatge.

En aquesta línia, i seguint l'esperit que hauria de comportar l'adaptació a l'espai europeu de l'ensenyament

universitari, apareix dins del concepte d'aprenentatge el de competència, la qual cosa comporta, a més d'adquisició de coneixement, saber aplicar-los en la resolució de problemes o situacions reals i l'adquisició d'habilitats professionals.

L'ús de les eines virtuals per accedir a la informació, i com a eina de comunicació, és d'una gran utilitat per donar suport al desenvolupament d'activitats formatives a l'aula en grups nombrosos, com, per exemple, els 140 alumnes de primer curs de Medicina de la Facultat de Medicina de Lleida.

Amb les eines informàtiques que ens ofereix la plataforma Sakai de la Universitat de Lleida, hem creat activitats formatives destinades a fomentar el treball continuat, l'aprenentatge actiu i que l'alumne aprengui a aplicar els coneixements en casos reals.

Quant a les pràctiques de laboratori, els alumnes disposen d'un dossier de la pràctica amb qüestions intercalades sobre la seva descripció i el seu desenvolupament. Això obliga els estudiants

a reflexionar sobre què estan fent a cada moment. Al final de la pràctica, els alumnes han de lliurar els dossiers per ser avaluats.

En referència als seminaris, els alumnes disposen prèviament d'un dossier amb una sèrie de dades i qüestions que han de resoldre en grup en el període d'una setmana. Els dossiers contenen fragments d'articles mèdics, que inclouen aspectes relacionats amb les bases moleculars i cel·lulars de malalties i situacions patològiques.

Després, aquests dossiers s'han de lliurar per Sakai i cadascun dels alumnes ha de respondre on line un petit test sobre els continguts del dossier. En aquest exercici on line, cada alumne rep un qüestionari diferent a partir d'un banc de preguntes. Un cop lliurats els treballs i realitzats els test on line, es fa un seminari en què els alumnes discuteixen en grups de 20, i amb la presència del professor, sobre el dossier plantejat.

Aquesta metodologia ha permès incrementar la motivació dels alumnes i ha facilitat un entrenament sobre el treball continuat i seqüencial que ha millorat els resultats acadèmics dels alumnes de primer de Medicina, a més de fer-los descobrir la importància que tenen les ciències bàsiques per entendre la causa i l'origen de les malalties.

**Joan Ribera, Mario Encinas
i Xavier Dolcet**
Facultat de Medicina de Lleida

3. Projecte Història Clínica Virtual

El Projecte Història Clínica Virtual és una experiència d'innovació docent per facilitar i millorar l'aprenentatge pràctic dels alumnes del Grau de Medicina en les assignatures *Pràctiques assistencials* mitjançant el disseny d'una aplicació informàtica anomenada Història Clínica Virtual: Eina de Suport a la Docència.

La història clínica és un document científic, legal i confidencial considerat eina habitual de la pràctica clínica, perquè és on consta tota la informació relacionada amb el malalt i els seus problemes de salut, i que requereix un aprenentatge acurat, tutoritzat i sistematitzat per saber-la fer correctament.

Per la seva condició de document científic, precisa d'una investigació metòdica tipus entrevista que ha de permetre recopilar totes les dades que puguin confirmar una hipòtesi plantejada. Aquesta habilitat la comencen a treballar els alumnes a segon curs del Grau de Medicina, i els permetrà adquirir, d'una manera progressiva i al llarg de la formació de pregrau, competències en comunicació oral i anàlisi i judici clínic.

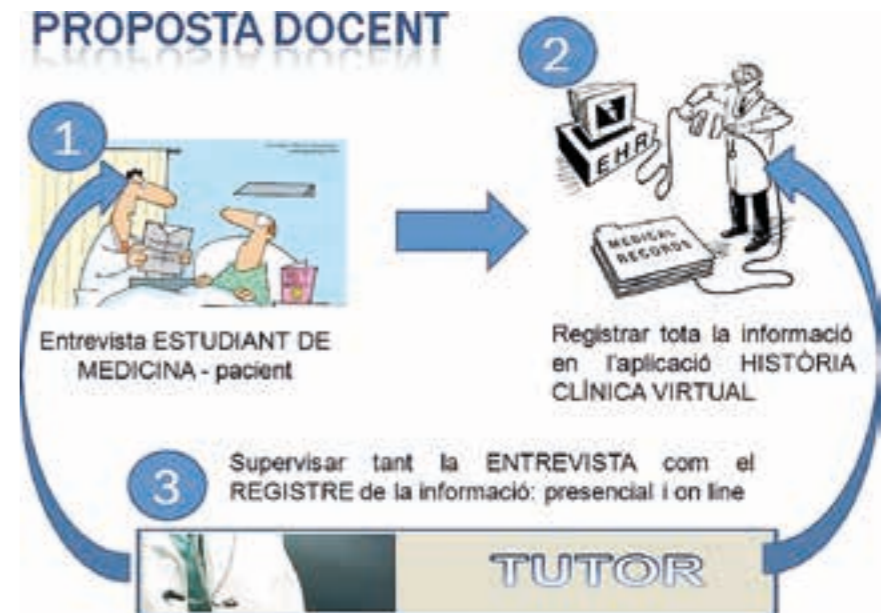


Fig. 1: Proposta docent per facilitar l'aprenentatge de la història clínica

DADES GENERALS Dades generals, Hàbits	EXPLORACIÓ FÍSICA Exploració física	PROCEDIMENT TERAPÈUTIC Tractament definitiu
ANTECEDENTS Antecedents familiars, Antecedents personals	HIPÒTESIS DIAGNÒSTIQUES Hipòtesis diagnòstiques	DIAGNÒSTIC DEFINITIU Diagnòstic
MALALTIA ACTUAL Motiu d'ingrés	PROCEDIMENTS DIAGNÒSTICS Proves complementàries	TRACTAMENT Pla de tractament

Fig. 2: Dades rellevants en una història clínica



Fig. 3: Menú de la HCV



Fig. 4: Accés a l'aplicació informàtica HCV

Com a document legal, ha de permetre generar una sèrie de documents que recullin totes les dades relacionades en cada episodi clínic. Per això l'alumne haurà de saber redactar, en un llenguatge científic i d'una manera estructurada, els documents resultants de la seva recollida de dades. Els

alumnes han d'assolir també durant la seva formació la competència de comunicació escrita i coneixement del llenguatge científic. Atès el seu caràcter de document confidencial, presenta molts problemes quant a la docència clínica. Amb l'objectiu de facilitar l'aprenen-

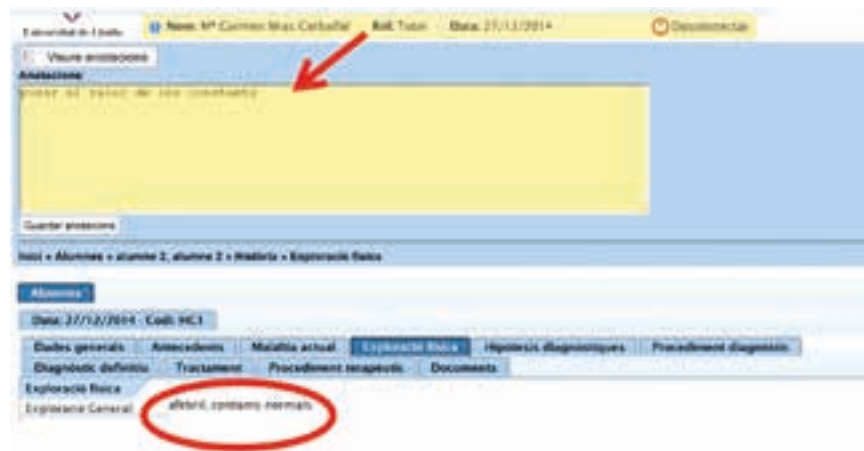


Fig. 5: Anotacions del tutor

...atge de la història clínica i aplicar les noves TIC en la docència de Grau de Medicina, es va pensar a dissenyar una història clínica virtual que servís de plantilla digital per guiar l'aprenentatge de la història clínica en totes les especialitats mèdiques i que pogués generar automàticament els documents necessaris (informe d'alta, nota d'ingrés i història clínica), encara que es poguessin modificar segons les diferents situacions clíniques, per aconseguir que l'alumne es familiaritzés amb les TIC, i a més, permetria la tutorització on line del procés ensenyament-aprenentatge de la història clínica.

Mitjançant la concessió d'un ajut per a projectes d'innovació docent de la UdL, i amb la col·laboració de l'Equip de Suport a la Docència de l'ICE de la UdL, es va fer una proposta docent per dissenyar una aplicació informàtica que pogués servir d'eina de suport a la docència de la història clínica (fig. 1).

Aquesta aplicació hauria de permetre assolir tots els aspectes que s'han de treballar en l'aprenentatge de la història clínica, com ara facilitar la recollida de totes les dades durant l'entrevista estudiant-pacient, generar documents automàticament amb una estructura correcta i respectar la confidencialitat de la informació obtinguda.

A més a més, hauria de permetre que el tutor pogués veure la progressió del treball de l'alumne i poder-lo tutoritzar on line, i oferir-li un assessorament personalitzat sincrònic o asincrònic en diferents moments del procés ensenyament-aprenentatge de la història clínica.

El resultat va ser una aplicació informàtica amb un entorn molt amigable en què l'alumne pogués trobar totes les dades importants per fer una correcta història clínica (fig. 2).

Gràcies a un menú amb pestanyes, l'alumne es podrà desplaçar per trobar tota la informació rellevant per fer l'entrevista (fig. 3).

Posteriorment, l'alumne haurà d'anar anotant en cada pestanya de l'aplicació tota la informació obtinguda de la

seva xerrada amb el pacient.

I una vegada emplenades totes les dades considerades necessàries, l'alumne podrà generar automàticament els documents necessaris en la pràctica clínica: informe d'alta, nota d'ingrés o història clínica, segons el curs en què es trobi fent les pràctiques clíniques.

Aquests documents es podran modificar, si no s'ajusten exactament al que s'ha treballat, ja que es poden guardar en diferents formats.

Per poder entrar en l'aplicació informàtica, serà necessari estar matriculat en l'assignatura *Pràctiques assistencials* per poder accedir al seu campus virtual. Una vegada dins de l'aplicació, s'haurà d'introduir el codi d'usuari personal i una clau (fig. 4).

D'aquesta manera, les dades que s'inclouran en l'aplicació informàtica no es podran identificar amb cap història clínica real, i només l'alumne i el seu tutor les podran consultar.

Finalment, el tutor pot fer un seguiment on line de la introducció de dades de l'alumne a l'aplicació, i hi podrà fer anotacions que l'alumne pot visualitzar i que permetrà la comunicació alumne-tutor sincrònica o asincrònica (fig. 5).

En conclusió, considerem que aquesta aplicació informàtica millora la qualitat de l'aprenentatge pràctic en les assignatures *Pràctiques assistencials*, ja que:

Facilita als alumnes la recollida de les dades rellevants de l'entrevista amb el pacient i les pot usar com a plantilla digital.

Mostra com s'han de redactar correctament els diferents documents de la història clínica, en generar-los automàticament, però que poden ser modificats.

Permet la supervisió personalitzada i la correcció on line per part del tutor.

Habitua els alumnes en l'ús de les TIC com a eina habitual en la pràctica clínica.

Dra. M^a Carmen Mias Carballal
Departament de Cirurgia
Facultat de Medicina de la UdL

Projectes de telemedicina

Quan parlem de telemedicina ens referim a "aquells serveis de salut a distància que es resolen mitjançant les tecnologies de la informació i les comunicacions (TIC), amb intercanvi d'informació necessària per fer el diagnòstic i instaurar el tractament d'una determinada malaltia" (OMS). Te també un vessant formatiu (*e-learning*), cada cop més ampli, i de recerca, i, per tant, abasteix de continguts els 3 vessants de la medicina. La província de Lleida és un lloc ideal per realitzar projectes de telemedicina, ja que es tracta de la segona província en extensió. L'hospital, amb els serveis especialitzats, està situat a l'extrem inferior, i el Pirineu, a l'altre, té molta dispersió poblacional i no hi ha especialistes. Es triga 2 hores o més per arribar a l'hospital i en èpoques hivernals alguns pobles resten incomunicats. La telemedicina en aquestes circumstàncies estalvia aquest temps de desplaçament (unes 5 hores en total) i hores de feina.

1. Teledermatologia assistencial amb el Pirineu

Vam començar a fer teledermatologia el 2004. Metges de consultoris dels dos Pallars, l'Alta Ribagorça i l'Alt Urgell ens remetien correus electrònics amb un resum de la història clínica i una fotografia. De llavors ençà hem anat rebent entre 110 i 150 consultes anuals per aquest sistema, en què han participat entre 15 i 25 metges. En els 3 darrers anys, s'ha fet una connexió directa e-CAP i SAP que respecta millor la confidencialitat i, amb aquest sistema, l'últim any el nombre de consultes ha arribat a 205. Un 25% es refereixen a tumors; un 20% a infeccions; un altre 20% a èczemes; un 10% a malalties eritematoescatoses i el 25% restant a una miscel·lània. Aproximadament dues terceres parts dels casos es poden solucionar amb la teleconsulta virtual (ja sigui mitjançant un diagnòstic o una aproximació i una recomanació terapèutica), però demanem que un terç siguin derivats per poder avaluar-los "cara a cara". Per a aquest any tenim previst ampliar la teledermatologia a Tarrega i Balaguer, i finalitzar el disseny d'un formulari que integri la con-

sulta i la fotografia per fer-la més "amigable". Estem segurs que la telemedicina es consolidarà definitivament quan s'instaurin les consultes per mòbil.

2. Telemedicina docent

També hem treballat en 2 projectes d'*e-learning*: una pàgina web de dermatologia (www.dermatoweb2.net) i l'assignatura de telemedicina en el grau.

2a. Dermatoweb

És una web dedicada a l'aprenentatge de la dermatologia, tant dels estudiants de grau com dels metges de família i residents dels primers anys de Dermatologia. Hi col·laboren, a més dels membres del servei de Dermatologia de l'Hospital Arnau de Vilanova i els professors de la Facultat de Medicina de Lleida, professors de diverses facultats de medicina d'Espanya i de Sudamèrica que la recomanen als seus alumnes del grau. Conté el temari de dermatologia, uns 100 casos problema per a l'autoaprenentatge amb resposta comentada, un atlas amb més de 7.000 fotografies agrupades per patologies i ordenades per ordre alfabètic, quadres sinòptics amb els 20 motius de consulta més freqüents i el

seu diagnòstic diferencial, més de 100 vídeos amb procediments quirúrgics comuns i els protocols terapèutics de les dermatosis més habituals. Actualment rep més de 180.000 visites, de les quals més de 83.000 provenen del territori espanyol, en especial d'alumnes de les diverses facultats de medicina, però 22.000 són de Mèxic, i al voltant de 10.000 de l'Argentina, Colòmbia, el Perú i Xile. També la visiten unes 6.000 persones dels EUA i unes 5.000 de Veneçuela. Va créixer gràcies a diversos ajuts, com l'ajut als projectes d'innovació docent de la UdL de 2004 i l'ajut per al finançament de projectes per a la millora de la qualitat docent a les universitats de Catalunya de 2004 del DURSI, i ha rebut diversos guardons, com el Premi Ciutat de Lleida d'informàtica 2002 i el Premi Vicens Vives d'innovació docent de la Generalitat de Catalunya del 2004.

2b. Assignatura "Telemedicina"

Després d'una experiència de 2 anys d'una petita assignatura troncal de telemedicina de 0.2 ECTS, amb què hem pogut comprovar l'entusiasme dels alumnes per la tecnologia aplicada a la medicina, aquest segon

semestre del curs 2014-15 hem començat una optativa de 3 ECTS que es fa per primer cop a l'Estat espanyol. Els objectius són donar a conèixer els avantatges de la telemedicina, descobrir el paper de les xarxes socials de comunicació en salut i la funció de les plataformes de gestió clínica virtual i els beneficis de les anàlisis de les dades globals de les plataformes per a la prevenció de les malalties. També es pretén que els alumnes reflexionin sobre les dificultats de la implementació, malgrat els beneficis que es demostren en monitoratge dels resultats, i sobre la recerca en telemedicina. L'assignatura s'impartirà en 10 blocs de 3 hores de treball presencial i 6 hores de treball virtual, en què hauran de resoldre, en grups de 4 alumnes (2 fent el rol de metge i 2 el de malalt), casos virtuals sobre pacients amb malalties comuns. També hauran de crear un perfil professional al LinkedIn, o donar consells de salut mitjançant les xarxes socials. No hem d'oblidar que avui dia el metge treballa al voltant d'un 80% del seu temps amb ordinadors i que els ordinadors tenen més memòria, més velocitat i més facilitat per integrar signes i símptomes de les malalties.

Aquesta assignatura és necessària perquè progressi la telemedicina assistencial en províncies amb característiques orogràfiques com les de Lleida, però, per a la seva consolidació, caldrà fomentar la creació d'una unitat de recerca, tant en el camp de les aplicacions, amb simbiosis amb el departament d'Informàtica, com en dels sensors amb el grup de Robòtica de la Universitat de Lleida.

Drs. J. M. Casanova^{1,2}, M. Baradà¹, R. M. Martí¹, V. Sanmartín¹, X. Soria¹, M. Butí², S. Godia², F. Saig², R. Nogué², M. Vila², J. L. Remón³, M. Espinalt⁴
1. Servei de Dermatologia.
Hospital Universitari Arnau de Vilanova
2. Professors de Telemedicina
3. Director d'Atenció Primària de Lleida Nord
4. Direcció del Projecte ARGOS Assistencial a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova





Nens i nenes sahrauís acollits per famílies a l'estiu

El XIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL, per a l'Associació d'Amics del Sàhara

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha atorgat el XIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'Associació d'Amics del Sàhara de les Terres de Ponent pel seu projecte *Vacances en pau*, que preveu el cribatge de la malaltia celíaca en els infants acollits i un programa inicial per divulgar la dieta sense gluten als campaments de refugiats saharisans.

La desnutrició crònica afecta un 30% dels nens menors de 5 anys que viuen als campaments sahrauís i l'anèmia, un

Pel projecte "Vacances en pau", que inclou revisions i tractaments mèdics

53%, segons la Mitja Lluna Roja. A més, les medicines que reben són insuficients i hi ha un dèficit important en les que es destinen a malalties cròniques.

L'Associació d'Amics del Sàhara de les Terres de Ponent, fundada l'any 2006, desenvolupa cada estiu el projecte *Vacances en pau*. Famílies lleidatanes acullen nens i nenes sahrauís, que provenen dels campaments de refugiats a Tindouf, per garantir-los una alimentació adequada durant la seva estada a Lleida, l'acompliment del calendari de vacunacions, detectar problemes de salut i proporcionar-los atenció mèdica, entre altres actuacions.

Accions sanitàries

Els infants acollits a aquest projecte reben la següent atenció sanitària:

- Revisió general a càrrec dels pediatres dels CAP
- Revisions d'otorinolaringologia, al centre mèdic Avantmèdic; d'oftalmologia a la clínica ILO, i dental a les clíniques Chela, Enèresis, Mías i Guissona.

Enguany s'afegirà a les anteriors actuacions el cribatge de malaltia celíaca, a través de l'anàlisi general i valoració per part de la Unitat de Malaltia Celíaca de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. En cas que sigui necessari, la unitat instruirà la família d'acollida en la dieta sense gluten.

Atès que la prevalença de la celiaquia entre els sahrauís és molt alta (5,6%), la unitat proporcionarà informació i educació sobre la dieta sense gluten als infants afectats i traduirà els díptics informatius sobre la malaltia al hassanita, que és el dialecte dels refugiats del Sàhara. El material divulgatiu es lliurarà als nenes i les nenes perquè se l'enduguin a l'escola i a casa.

En una fase posterior, la Unitat de Malaltia Celíaca eixamplarà el cribatge a familiars directes dels nens diagnosticats mitjançant tests ràpids (kits comercials) i establirà programes locals de divulgació de la malaltia i de la dieta sense gluten als dispensaris situats als campaments.

TESIS DOCTORAL "CUM LAUDE" DEL DR. IVÁN AGUIRREGOICOA

El "spot sign" y "spot score" en el hematoma cerebral espontáneo: aplicaciones clínicas en la urgencia de neurorradiología

El Dr. Iván Aguirregoicoa, que ejerce en Lleida, defendió su tesis doctoral el 20 de febrero en el decanato de la Facultad de Medicina de Leioa (Vizcaya) y obtuvo la calificación de *Cum laude*. Sus directores de tesis fueron el Dr. Gerard Piñol y el Dr. Ignacio García Alonso Montoyo.

Resumen de la tesis

El crecimiento de los hematomas cerebrales intraparenquimatosos es la principal causa de mortalidad y complicaciones clínicas y radiológicas que sufren estos pacientes en las primeras horas del evento. La capacidad de predecir el riesgo de este crecimiento desde su inicio puede tener implicaciones en el manejo y en el pronóstico de los pacientes. Para determinar la evolución del hematoma cerebral intraparenquimatoso en las primeras horas se utilizó el marcador radiológico *spot sign* o sangrado activo en la angio-CT de cráneo valorando su presencia y ausencia. En caso de que estuviese presente, se cuantificó la severidad del mismo mediante el *spot sign score*. La presencia de *spot sign* se relacionó con un mayor riesgo de crecimiento del hematoma intraparenquimatoso y con la aparición de nuevas complicaciones intracraneales en las siguientes 24

horas, así como con una mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria. Se comprobó también que un *spot score* de 3 ó 4 puntos (sobre 4) se correlacionaba con un mayor volumen del crecimiento del hematoma, mayores complicaciones intracraneales a las 24 horas y con una mayor mortalidad intrahospitalaria. Los pacientes con un *spot sign score* de 2 o inferior a 2 presentaron un menor crecimiento en el volumen de su hematoma, menores complicaciones intracraneales y una menor mortalidad intrahospitalaria. En los pacientes anticoagulados existió un mayor número de *spot sign* y mayor densidad radiológica medida en unidades Hounsfield, lo que se correlaciona con *spot sign score* altos, de 3 ó 4, y un peor pronóstico. No obstante, los pacientes antiagregados no presentaron un mayor incidencia de *spot sign*, ni un *spot sign score* más alto, por lo que su hematoma no presenta mayores tasas de crecimiento, ni desarrollan más complicaciones intracraneales en la TC cráneo de control a las 24 horas ni presentan mayor mortalidad intrahospitalaria. El *spot sign* obtuvo una sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo relativamente alto lo que indica que es una herramienta diagnóstica fiable en la detección del posible crecimiento de un hematoma intraparenquimatoso.



La Dra. M. Jesús Muniesa va recollir el premi

Premi Alcon a l'IRBLleida per la seva investigació en glaucoma

El grup de Medicina Respiratòria de l'IRBLleida, que lidera el Dr. Ferran Barbé, ha obtingut el VI Premi Alcon a l'Excel·lència Investigadora en Glaucoma en la modalitat d'equip emergent en investigació. El premi està dotat amb 2.000 € que "donarà una empenya a la recerca sobre patologia ocular i malalties respiratòries, a més de suposar un reconeixement a la bona coordinació dels esforços d'investigació entre diferents especialitats mèdiques a l'HUAV", segons l'institut lleidatà.

Aquest grup de l'IRBLleida investiga els vincles de la síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) i les malalties oculars com el glaucoma i la síndrome de la parpella laxa (SPL). Així, han descobert que els pacients amb SAOS que també presenten SPL tenen més probabilitats de patir glaucoma. El grup ha publicat els resultats de la recerca a les revistes *British Journal of Ophthalmology*, *Journal of Glaucoma* i *Cornea*.

La Dra. M. Jesús Muniesa, investigadora a l'IRBLleida i adjunta al Servei d'Oftalmologia de l'HUAV, va recollir el premi el 6 de març, a l'Auditori del Cercle de Belles Arts de Madrid, en representació dels seus companys. La Dra. Muniesa destaca la "necessitat d'incorporar nous circuits en la pràctica clínica diària com, per exemple, derivar els pacients diagnosticats pel Servei d'Oftalmologia amb la síndrome de la parpella laxa cap a les unitats del son per descartar un possible SAOS i detectar els possibles casos de glaucoma".

Signatura article "La Medicina al núvol lleidatà"

L'article "La Medicina al núvol lleidatà", publicat al BUTLLETÍ MÈDIC 110, havia d'anar signat pel Dr. Sergi Gòdia, el Dr. Andrés Rodríguez i la Dra. Antonieta Vidal. Disculpeu l'equívoc.



El Dr. Aguirregoicoa amb el Dr. García Alonso i el Dr. Piñol

HUMANITATS, A LA SETMANA CULTURAL DE CIÈNCIES DE LA SALUT

Seminari de Medicina Narrativa: acreditat amb 1 crèdit de matèria transversal

28 d'abril, a les 16 hores. Lloc: Sala de Juntes del Deganat de la Facultat de Medicina.

Objectius: Aprendre a observar críticament les emocions humanes del pacient malalt i les relacions que s'estableixen tenint com a base reflexiva un text literari. Desenvolupar i conrear l'observació, l'anàlisi, l'empatia i l'autoreflexió, que són destreses essencials per a la cura sanitària. L'experiència permetrà consideracions i perspectives diferents respecte a la vida, la malaltia i la mort.

Continguts: L'alumne llegirà el llibre *La Casa de Dios*, de Samuel Shem, abans de la Jornada. El seminari se centrarà en la reflexió sobre la solidaritat com a principi de l'assistència sanitària i de la incertesa del sanitari jove. Es realitzarà una expo-

sició oral amb posada en comú de les reflexions a partir del text.

Jornada de Valors i Art amb Ulls de Metge: acreditat amb 1 crèdit de matèria transversal

27 i 29 d'abril. Lloc: Aula Magna de la Facultat de Medicina.

Objectius: Reflexionar sobre la medicina com a art i ciència a la vegada.

Continguts:

Dilluns, a les 16 hores: Pintura. Conferència de la Sra. Anna Otero, de la Fundació Gala-Salvador Dalí. *Art, Dalí i malalties*.
Dimecres, a les 15 hores: Pintura. Conferència del professor Dr. Francisco Doña, de la Universitat de Sevilla. *Mirar un quadre amb ulls de metge*.

Dimecres, a les 18.30 hores: Conferència del professor Dr. Josep M. Forné. *La medicina davant dels reptes i les oportunitats tecnològiques*.

Jornada de Cinema de Bojos: Psiquiatria i Cinema: acreditat amb 1 crèdit de matèria transversal

29 i 30 d'abril, a les 10.30 hores. Lloc: Aula Magna de la Facultat de Medicina.

Objectius: Complementar la formació dels estudiants universitaris mitjançant la visió, compartida i comentada, de documents cinematogràfics, seleccionats pel seu interès i per la seva capacitat de generar reflexions i vivències que, estimulades i canalitzades pel professorat, permetin una aproximació diferent al funcionament mental, en general, i al psicopatològic, en particular.

Continguts: Debat de les dues pel·lícules docents.

Les inscripcions ja estan obertes a la Facultat de Medicina de Lleida. Aforament limitat.

El preu és el mateix que el de reconeixement de crèdits a la Universitat de Lleida.

Més de 100 professionals a les Jornades de Cardiologia en AP

Més de 100 professionals sanitaris de l'àmbit hospitalari i d'Atenció Primària van assistir el 24 de febrer a les IV Jornades de Cardiologia en Atenció Primària de Lleida. En aquestes jornades es van tractar temes tan prevalents i importants en l'activitat assistencial diària com la fibril·lació auricular i la insuficiència cardíaca. L'abordatge al pacient amb aquestes patologies, des del punt de vista assistencial en les dues àrees mencionades, així com des del punt de vista d'urgències, va ser el punt al voltant del qual va girar la temàtica de les jornades.

Un dels punts forts de les jornades va ser la xerrada del Dr. Lobos, metge de família i membre de SEMFIC, i del Dr. Bueno, cardiòleg i membre de la SEC, que van presentar el protocol conjunt de treball sobre patologia cardíaca a escala nacional.

També es van presentar, entre altres temes, l'actualització de la Ruta Assistencial d'Insuficiència Cardíaca, amb la incorporació del paràmetre BNP per al diagnòstic d'aquesta patologia.

Dr. Sergi Gòdia López
Cap d'Àrea de Gestió
Clínica. DAP Lleida
Gerència Territorial de Lleida
Institut Català de la Salut



Intervenció sobre l'accés a Urgències



Professionals assistents a 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 27 de gener i el 3 de març del 2015, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Nomenar el Dr. Ferran Barbé Illa representant del Col·legi en el nou Consell de les Professions Sanitàries de Catalunya, que es configura com un instrument permanent d'assessorament, consulta i participació del Departament de Salut en l'establiment de les polítiques en matèria professional.

- Atorgar el XIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del Col·legi de Metges de Lleida a l'Associació d'Amics del Sàhara de les Terres de Ponent pel seu projecte sobre cribratge de la malaltia celiàcia en els infants acollits en el programa *Vacances en pau* 2015 i posterior divulgació de la dieta sense gluten als campaments de refugiats sahrauís.

- Actualitzar la infraestructura informàtica col·legial mitjançant la substitució del servidor de la xarxa col·legial, la qual cosa permetrà un millor funcionament i

l'ampliació de la capacitat d'emmagatzematge.

- La Secció Col·legial de Metges Acupuntors, Homeòpates i Medicina Naturalista ha celebrat eleccions parcials a la seva Junta de Govern. Com a secretària, ha estat reelegida la Dra. Marta Serra Jané, i com a vocal s'hi incorpora la Dra. Carolina de Dios González.

- Obrir comptes a Facebook i a Twitter dins dels plans de millora de la comunicació i presència a les xarxes socials.

- Obrir el termini per sol·licitar els ajuts econòmics que concedeix el COMLL a persones i institucions per a l'organització de cursos, congressos, jornades, etc., amb càrrec al pressupost col·legial. El termini de sol·licituds finalitza el 31 de maig del 2015.

- Inscriure al registre col·legial de societats professionals l'entitat Grup Anestèsic Professional SCP.

- Col·laborar amb la CAMFIC en la cessió d'ús de la sala d'actes col·legial per a la celebració de un taller i d'un curs.

Moviment col·legial dels mesos de gener i febrer de 2015

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 7 altes durant els mesos de gener i febrer de 2015: Mohamed Cherif Traore Kone, María Asunción Seminario Ruiz, María Esther Álvaro Tejedor, Eulàlia Plans Canudas, María Cèlia Monné Florensa, Juan Gabriel Tejerina i Laura Nuevo Fernández.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 9 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de gener figura la defunció del Dr. Jesús María Eizaga García i entre les de febrer, les defuncions dels Drs. Joan Bta. Garriga Sancho i Enrique Monclús Cuartero.

Total col·legiats el 28/2/2015: 1.734

Conferència del Dr. Manel Camps

El Dr. Manel Camps pronunciarà la conferència *Metges lleidatans dels segles XVI-XX*, el dia 13 de juny, a les 19 hores, a l'Arxiu Diocesà de Solsona.

Percepció de les persones malaltes dels professionals de la medicina i del tracte rebut

Per conèixer la percepció del nostre servei i de l'actitud que té el pacient quan s'asseu a l'altre costat de la taula, BUTLLETÍ MÈDIC ha demanat la seva opinió a dos usuaris i a una usuària del sistema sanitari. Sense ànim de suplantar el paper de les enquestes, la lectura d'aquests articles us pot ser molt útil.

Metges i pacients. Bons o útils?

Al llarg del segle XX, els avenços en medicina, en química i en biologia han estat extraordinaris i les opcions terapèutiques s'han expandit enormement. S'han arribat a controlar causes històriques de defunció i, sobretot en els països desenvolupats i amb un sistema de salut universal, s'ha aconseguit que la població visqui més i ho faci en millors condicions. Actualment, la possibilitat de morir abans dels 15 anys és del 22% a l'Àfrica subsahariana, però només de l'1% en els països rics.

Els coneixements mèdics es multipliquen per dos cada 12-14 anys i la indústria farmacèutica ha esdevingut un dels sectors econòmics més poderosos i influents del món contemporani. Al mateix temps, però, hem eliminat la figura clàssica del metge de família, aquell que, segons el Dr. Moisès Broggi, era al mateix temps un conseller i un amic de la família, i ara ens estranya que tots els estudiants de medicina vulguin ser especialistes i tots els pacients vulguin ser visitats per l'especialista. Si teniu l'edat suficient per recordar la programació de TVE a finals dels anys 60 del segle passat, podeu comparar Marcus Welby, el metge de família madur i amb una gran habilitat per diagnosticar malalties infreqüents, amb el doctor House, el Sherlock Holmes de Princeton, genial i egocèntric, líder d'un equip que diagnòstica i tracta

malalties estranyes, i comprovareu com han evolucionat els arquetips en la ficció televisiva inspirada per la medicina

Si hi afegim que la nostra societat s'ha fet, en alguns sentits, més infantil i més immadura, no és gaire exagerat afirmar que estem a punt de creure'ns que la medicina i la tecnologia sumades podran derrotar qualsevol malaltia o molèstia i, fins i tot, convertir la mort —el gran tabú de la societat contemporània i també dels professionals de la salut— en alguna cosa gairebé opcional.

En tot cas, l'hospital esdevé també el lloc ideal on s'amaga la mort contemporània i s'imposa al moribund i als seus familiars un "estil acceptable d'encarar la mort", en el sentit de controlar els sentiments i evitar escenes pertorbadores en l'espai serè i asèptic de l'hospital. No és estrany que Marga Mari Klose i Jesús M. de Miguel, autors d'un article en què analitzen quin és l'actual cànon de la "bona mort" (<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO0000330115A/24501>), a partir d'una enquesta realitzada a estudiants de sociologia, gerontologia i infermeria, no només hagin descobert que una majoria preferiria

morir a casa, sinó que el percentatge dels que no voldrien morir en un hospital és gairebé el doble, entre el personal d'infermeria, que en el conjunt de la mostra.

Cap a on es dirigeixen les societats humanes dels països desenvolupats? De moment, sembla que cap a un món on la majoria dels nens no naixeran, sinó que naixeran per cesària; on l'embaràs, les arrugues, el fred i la calor, la manca de desig sexual, la tristesa, la menopausa, l'atur i la pèrdua dels cabells hauran estat degudament medicalitzats, i on ens veurem empesos a l'adquisició d'una supersalut aconseguida amb proves i tractaments de tota mena, complements, cosmètics i antioxidants. Quan ja fa 40 anys Aldous Huxley va dir que "la medicina ha avançat tant que ja ningú no està sa" no estava gastant cap broma. De fet, en el temps transcorregut des d'aleshores, la situació s'ha accelerat tant que, en paraules d'un metge anònim citat pel Dr. Martí Valls: "Jo només afirmaria que estic completament sa quan tinc un orgasme, i només si aquest orgasme és compartit."

Tan cert com que en els darrers anys del segle XX s'ha aconseguit un increment extraordinari de la capacitat diagnòstica i curativa de la medicina és el fet que, simultàniament, s'ha reduït el pacient —sobretot en l'àmbit hospitalari— a la condició d'un nen petit vestit amb un pijama sanitari que el deixa amb el cul a l'aire, desproveït de la seua identitat i tractat de "tu" per tothom que dugui bata. Al mateix temps, la formació dels metges s'ha concentrat en les disciplines "dures", com la patologia o la farmacologia, i s'ha eliminat la consideració humanística de la medicina com un art.

En canvi, quan un professional de la salut rep un pacient (sovint, amb molt poc temps), es troba amb una història complexa que el pacient intenta explicar amb paraules, gestos i expressions subtils, i no resulta gens fàcil captar allò important, emplenar buits, percebre el que el pacient no s'atreveix a explicar. Les bases humanes de la pràctica mèdica segurament resul-

S'ha aconseguit un increment extraordinari de la capacitat diagnòstica i curativa, però s'ha reduït el pacient a la condició d'un nen petit

tarien útils per entendre el pacient en la globalitat de la seua condició, superant el dualisme cartesà que separa la persona de la seua biologia, però l'adquisició d'aquesta habilitat queda habitualment fora del temps disponible a la consulta i de la metodologia de l'ensenyament de la medicina. És una pena, perquè dels estudis empírics realitzats a malalts se'n desprèn l'evidència que els dos principals factors avaluats com a més importants són l'interès percebut en el terapeuta i el tracte rebut del personal sanitari, mentre que la competència mèdica apareix en quart lloc, i l'equipament i les instal·lacions, en el quinçè.

No hi ha, doncs, cap esperança de reconciliació entre la medicina científica, la hiperespecialització i l'hospital com a escenari de la riquesa de mitjans, tecnologies i persones que s'ocupen del pacient, d'una banda, i l'ésser humà biològic, psicològic i social que hi ha darrere de l'historial del pacient o de la malaltia, de l'altra? Al capdavant, no se sent sovint també el personal sanitari pressionat, decebut o violentat (físicament o psicològicament) per les circumstàncies en què es desenvolupa el seu treball, sovint molt allunyades del que va ser inicialment una decisió vocacional? No esdevenen cada cop més tots dos (pacient i terapeuta) víctimes d'un sistema en què l'únic que ens salva (de vegades) de la burocràcia és la seua ineficàcia?

Arribats en aquest punt, he de dir que crec que no hem de perdre l'esperança. Si hi ha un aspecte definitori i immortal de l'espècie humana és justament aquesta esperança que va més enllà de les limitacions de la nostra psicologia i de les imposicions del poder i de la política. Podem resignar-nos al que Italo Calvino escrivia en el seu llibre *Les ciutats invisibles* ("l'infern dels vius no és alguna cosa que serà: si n'hi ha cap, d'infern, és el que ja és aquí, l'infern que vivim cada dia, que formem entre tots"), i fer i viure com si no en fóssim conscients. Com a alternativa, un cop evaporades les utopies revolucionàries, en part perquè sempre han acabat desembocant en el terror (la revolució francesa, la soviètica, la dels khmers rojos de Cambodja), ens queda una altra opció, tal com la descriu el mateix Calvino: "Buscar i saber reconèixer quines persones i quines coses, enmig de l'infern, no són infern, i fer-les durar i donar-los espai." O, en paraules inspirades per l'economista Johan Maynard



Keynes, reinterpretades pel professor Nuccio Ordine, autor d'un deliciós manifest titulat *L'utilitat dell'inutile*: "Hem de valorar les finalitats per damunt dels mitjans i preferir el que és bo al que és útil."

Miquel Pueyo

Escriptor i professor de Periodisme i Comunicació Audiovisual de la Universitat de Lleida

Pinzellades d'una usuària en relació amb l'assistència sanitària de la xarxa pública

En primer lloc, a l'hora de valorar l'opinió de qualsevol persona, crec que és important tenir en compte el seu estat emocional i el seu grau d'implicació sobre el tema en el moment de donar el seu parer, sobretot si es tracta de parlar sobre salut mental. Per tant, us diré que estic de dol, de molts dols... I que pateixo els efectes de l'estigma pel fet de patir un TMS.

Segons la meua modesta opinió, cal fer una valoració més acurada de com és l'accés i com és acollit el pacient a la xarxa sanitària.

En un ingrés voluntari, on ja hi ha una consciència que s'està malament i es busca suport i ajuda per voler sortir d'una situació complexa, l'usuari demana al professional una visió global de la situació i informació dels recursos als quals pot accedir. He constatat que aquesta demanda d'informació podria millorar molt si els professionals tinguessin més informació al seu abast i estiguessin disposats a tenir més formació continuada.

Si parlem de les urgències, en general ateses pel 112 o pel 061, encara que et responen ràpid, s'ha de tenir molta paciència i et fan repetir massa cops el motiu pel qual es truca abans de posar en marxa el protocol corresponent, que, de vegades, és contradictori a la disponibilitat dels recursos més propers.

Pel que fa als ingressos involuntaris de salut mental, els primers a tenir contacte amb la persona afectada són, en moltes ocasions, les forces de l'ordre, molts cops amb parafernàlia de llums i sirenes. La

persona afectada per un TM se sent tractada com un delinqüent. Això fa que s'alteri encara més i que els primers contactes amb els serveis sanitaris siguin durs i plens de tensió, tensió que al meu entendre es podria rebaixar si les forces de l'ordre anessin de paisà i sense llums ni sirenes, i si els professionals de la salut pública cuidessin una mica més el seu llenguatge, tant verbal com no verbal. Amb aquest parell d'actituds més amables també es milloraria el tema de l'estigma i la integració social del malat durant el retorn al seu entorn social.

Pel que fa al tema d'autolesions i recaigudes, de vegades no només la persona afectada, sinó que també la família i l'entorn necessiten més suport, ja que molts ho veuen com una manera de cridar l'atenció i jo ho veig com una manera de demanar ajuda. Crec que és molt important recalcar a tots ple-gats la importància d'una ingesta correcta dels medicaments, avisar dels possibles efectes secundaris per no confondre'ls amb malalties, i avisar dels riscos que hi ha si es prenen medicaments i no es tenen hàbits de vida saludables; però

sempre respectant les creences i la voluntat de l'individu expressada lliurement. Cal procurar que s'impliqui en el tractament, tot valorant els progressos, i que no solament es quedi en el tractament dels símptomes, sinó que es busqui l'arrel del problema i es trobin els recursos i suports necessaris, també els psicològics.

Valoro molt positivament les iniciatives que es duen a terme a Lleida sobre prevenció, tractament i seguiment de persones amb intents de suïcidi i autolesions.

S'ha d'aprendre a mirar la persona com un puzzle, és a dir, mirar peça per peça, especialitat per especialitat, però sense perdre la visió global de la persona com un tot.

Pel que fa als informes clínics, en ocasions no són prou entenedors ni prou interrelacionats entre les diferents especialitats. És un debat obert sobre com i qui té accés als

últims anys malgrat les retallades, faré unes últimes pinzellades per resumir i algunes propostes per tal de millorar:

- Més mesures preventives i més suport psicològic per a la gestió de les emocions i els dols de la vida.
- Més informació i formació contínua dels professionals.
- Més coordinació entre professionals.
- Més col·laboració interdepartamental.
- Tenir més en compte les opinions del pacient expert.

Sota el punt de vista que la salut és el benestar físic, psíquic i social, demano el vostre suport a les associacions de salut en general, i en especial a les de salut mental, perquè crec que són eines poc conegudes però que fan una bona tasca.

Us passo uns contactes on podeu

S'ha de mirar la persona com un puzzle, especialitat per especialitat, sense perdre la visió global de la persona com un tot

informes mèdics, des de la persona que t'atén per telèfon per donar-te hora, fins a professionals i substituïts. En el tema de salut mental aquest afer és molt delicat i requereix un debat més extens i profund.

En moltes ocasions hi ha manca de predisposició per a una "escolta activa", potser a causa de la falta de temps, de les retallades o de l'actitud per part d'alguns professionals, però és molt dolorós obrir el teu cor a una persona que ni tan sols et mira als ulls. S'ha de crear un clima de més confiança entre professionals i pacients. En molts casos és bo tenir en compte l'opinió de la família i de l'entorn, sobretot si parlem de moments en què s'hagin de prendre decisions importants; però també s'ha de crear un clima de més confiança entre professionals i usuaris. Per exemple, no és el mateix parlar de violència de gènere o maltractaments amb el professional a soles que amb el maltractador davant, no és el mateix parlar a soles amb el professional sobre impotència o trastorns sexuals que amb la mare davant...

I per anar acabant, tot i que considero que l'atenció sociosanitària ha millorat moltíssim en aquests

trobar més informació:

- www.salutmental.org
- www.obertament.org
- dixitlleida.bsfgentcat.cat
- asm.lanoguera@gmail.com
- coordinacio@fesalut.com
- coordinadora.lleida@gmail.com

Sóc conscient que em deixo moltes pinzellades per fer a causa de la manca d'espai, però us dono les gràcies per oferirme la possibilitat de donar-vos la meua opinió i em poso a la vostra disposició per tot el que cregueu oportú.

Mercè Torrentallé i Rocaspana
seretes@gmail.com

Engripats

Un cop més estem engripats. L'epidèmia s'estén cada any coincidint amb els canvis d'estacionalitat i les alarmes es disparen als diferents departaments de salut i entre els pacients. A mesura que els pics d'afectació pugen, el neguit és major perquè la gràfica d'estadística de professionals de la salut, destinats a l'atenció del pacient, es troba al mateix nivell des de fa anys,

segons diuen alguns treballadors. Tot i això, el tractament i el nivell d'atenció primària i hospitalària és adequat, asseguren els responsables de salut.

Ara que faig el sender dels 70 anys, puc mirar enrere i recordar el camí fet i el canvi i l'evolució experimentada en el sistema ambulatori i hospitalari si comparo el d'abans amb el d'ara. Durant aquest temps, la grip no s'ha eradicat, però s'han variat els tractaments i s'han instaurat nous sistemes de prevenció.

Des d'aleshores, he passat per una mútua, per la clínica privada i per la Seguretat Social, on pertanyo actualment. A punt d'arribar al final del trajecte, la meua conclusió és que la valoració del personal sanitari depèn en gran part del tracte i l'atenció rebuda durant les visites al metge, a urgències, al centre hospitalari o bé durant la intervenció i recuperació del pacient.

Les opinions estan lligades a com ha anat la trobada amb el metge, especialista o personal sanitari. Tinc experiència com a usuari, acompanyant de familiars o d'amics malats i, la majoria de vegades, el grau de satisfacció del pacient vers el sistema sanitari depèn del resultat final obtingut. En molts pocs casos, es fa una anàlisi profunda de tots els factors que han intervingut durant l'estada del pacient als centres de salut.

Fent camí per aquests centres sanitaris, trobes especialistes que són distants, secs i seriosos amb el pacient, i altres a l'inrevés: propers, amables i familiars. Alguns són admirats, adorats i considerats genis. Altres et transmeten dubtes sobre la seva professionalitat. Tot, clar, segons l'avaluació de les diferents aptituds del personal sanitari que t'ha atès.

Si encerten amb el tractament, l'opinió vers els facultatius i els professionals de la salut sol ser positiva. En canvi, si el pacient considera que han errat amb el tractament de la seva malaltia, automàticament el grau de satisfacció disminueix i, amb ell, la seva consideració sobre el professional que l'ha tractat.

En conclusió, penso que l'opinió de l'usuari, la majoria de vegades, depèn de com li va amb el facultatiu de torn.

Els canvis

Tot i això, en un cert període de temps, el metge ha passat de ser considerat un tècnic especialitzat, reservat, distant, que treballava en

un pla llunyà, a ser un facultatiu-consultor i, al mateix temps, conseller proper al malalt.

I és que, amb el pas del temps, l'atenció individualitzada i el tracte personal amb el malalt ha anat guanyant terreny i s'observa que el facultatiu intenta relacionar la malaltia de la persona amb l'entorn familiar, particular i social.

D'aquí ve la importància que adquireixen cada dia els antecedents, els arxius i els historials del pacient per tal que el professional de la salut els tingui a la seva disposició. També és de summa importància l'entrevista directa del facultatiu amb el malalt per assabentar-se de les característiques de la seva família i del seu entorn social.

En aquest sentit, els usuaris ens adonem que els metges de família, els de capçalera o els especialistes, tracten ara també el pacient en l'aspecte mental i social, un fet que ha anat guanyant proximitat, confiança i familiaritat entre metge i pacient.

Més metgesses

Com a pacients, també ens hem

adonat que les metgesses augmenten cada dia. La majoria de facultatius de família són dones i estan molt ben considerades. Aquest és un element valorat positivament, segons l'opinió dels usuaris dels serveis de salut.

La majoria dels pacients que van al metge de família estan contents amb el facultatiu que tenen assignat. Opinen sobre la seva metgessa (gairebé totes són metgesses), que "t'atén durant temps suficient. Et dona la sensació que està molt preparada. Es comporta com una amiga i és propera. Sap escoltar. Transmet elements positius i els seus coneixements i les seves respostes et donen seguretat. Em fa sentir còmoda", asseguren els que he tingut al costat del consultori.

Aquests facultatius/ves realitzen una visita al pacient, segons els usuaris, totalment correcta: "Sense preses i amb el temps d'atenció necessari, no com passava en altres temps." El que passa és que de tant en tant apareixen les distorsions: el col·lapse.

Les noves tecnologies

És del tot incompreensible que cada any sigui notícia el col·lapse hospitalari i d'urgències en els moments en què els pics de grip es desapareixen

Els avenços tecnològics, com he apuntat abans, han comportat també els corresponents canvis en el sistema d'atenció a l'usuari. Les visites ja es programen informàticament, a través de telèfon, SMS, o bé personalment, i les xarxes socials estan actives. L'assistència d'urgències i l'hospitalària també ha millorat en aquest sentit i, de la mateixa manera, també hi ha hagut altres millores de serveis i equipaments que beneficien l'usuari.

Els professionals de la salut pública han passat de la clàssica recepta de talonari o la demanda redactada en paper a la recepta electrònica, i han canviat el llenguatge tècnic i especialitzat per una comunicació més senzilla, planera i molt més comprensible per part del pacient.

Els historials dels pacients estan

arxivats informàticament de forma compartida i la transmissió de proves i gràfics, entre d'altres, ja no es traslladen físicament d'un metge a l'altre. Els historials estan enregistrats i arxivats al sistema digital, i d'aquesta forma els facultatius poden consultar-los i actuar en conseqüència. També aquí hi ha disfuncions, falta la globalització, bolcat d'informació i interconnexió per gaudir d'aquestes dades en l'àmbit de tot Catalunya.

On cal millorar?

Vull deixar clar que, particularment, no sóc partidari de privatitzar serveis públics, i molt menys sense la participació i el consens dels usuaris. Estic a favor del progrés i de les adaptacions que calgui fer per millorar diferents aspectes que, segons el meu punt de vista, s'haurien de variar.

El sistema sanitari en general ha millorat les instal·lacions i els equipaments, i cada dia s'instal·len nous aparells i s'amplien els serveis, però crec que s'han de buscar solucions per a molts altres aspectes.

Ens congratulem per la posada en marxa de nous serveis, per l'aplicació de noves tècniques d'intervenció, per la programació de ressonàncies en horari nocturn, per l'ampliació de l'horari hospitalari a l'Arnau de Vilanova de Lleida, per evitar els trasllats de malalts a Barcelona i perquè els serveis per als malalts que pateixen infarts estan oberts i funcionant les 24 hores al mateix Arnau de Vilanova.

Això no obstant, com deia al principi, és del tot incompreensible que cada any sigui notícia de primera plana el col·lapse hospitalari i d'urgències que pateixen els CAP i els dos hospitals de salut pública de Lleida.

En el moment en què els pics de grip es desapareixen, el personal sanitari, infermers i metges no donen l'abast i els pacients s'han d'esperar fins a 5 hores per ser atesos en espais que no reuneixen les condicions adients. Altres han de romandre 14 hores arraconats per aconseguir un llit. Un fet qualificat pels usuaris d'intolerable.

Aquesta situació hauria de ser pre-

visible, els responsables de salut de Lleida l'han de preveure i els facultatius han d'estar disponibles per poder atendre els malalts com cal en aquests casos que, generalment, afecten persones d'edat avançada.

Falten recursos i personal

L'augment de personal sanitari és imprescindible. No es poden massificar ni les consultes, ni les proves, ni les intervencions, com sol passar ara. Ens estem acostumant a patir cues per lliurar mostres, per obtenir informació, per obtenir dia i hora de programació i per altres serveis perquè, com deia abans, el gràfic de personal no puja.

Aquesta manca de personal facultatiu i de recursos que pateix Lleida, denunciada en una recent sessió del Parlament de Catalunya, es posa també de manifest en el nombre d'infermers censats a Ponent, molt per sota de la mitjana europea.

Sindicats i diferents col·lectius estan protestant al carrer per falta d'informació i transparència, pels contractes precaris del personal tècnic i especialistes de la salut i perquè falta completar plantilles per poder atendre en perfectes condicions.

Augmentant la plantilla facultativa es reduiria el nombre d'usuaris per metge de família, i d'aquesta forma s'agilitzarien les visites, sense haver d'esperar 15 dies o un mes per poder anar a la consulta.

No es poden passar tots els pacients d'un metge de família a un altre perquè el facultatiu del consultori hagi agafat la grip, hagi sortit urgentment fora del CAP o per altres causes, com hem constatat que passa ara en consultes ambulatories.

No és rigorós que aquests metges de família no tinguin substituït i que els seus pacients, a través d'una nota a la consulta, s'hagin de sumar a la consulta del metge veí, amb la disbaixa que això produeix per a les dues parts (facultatiu i pacient).

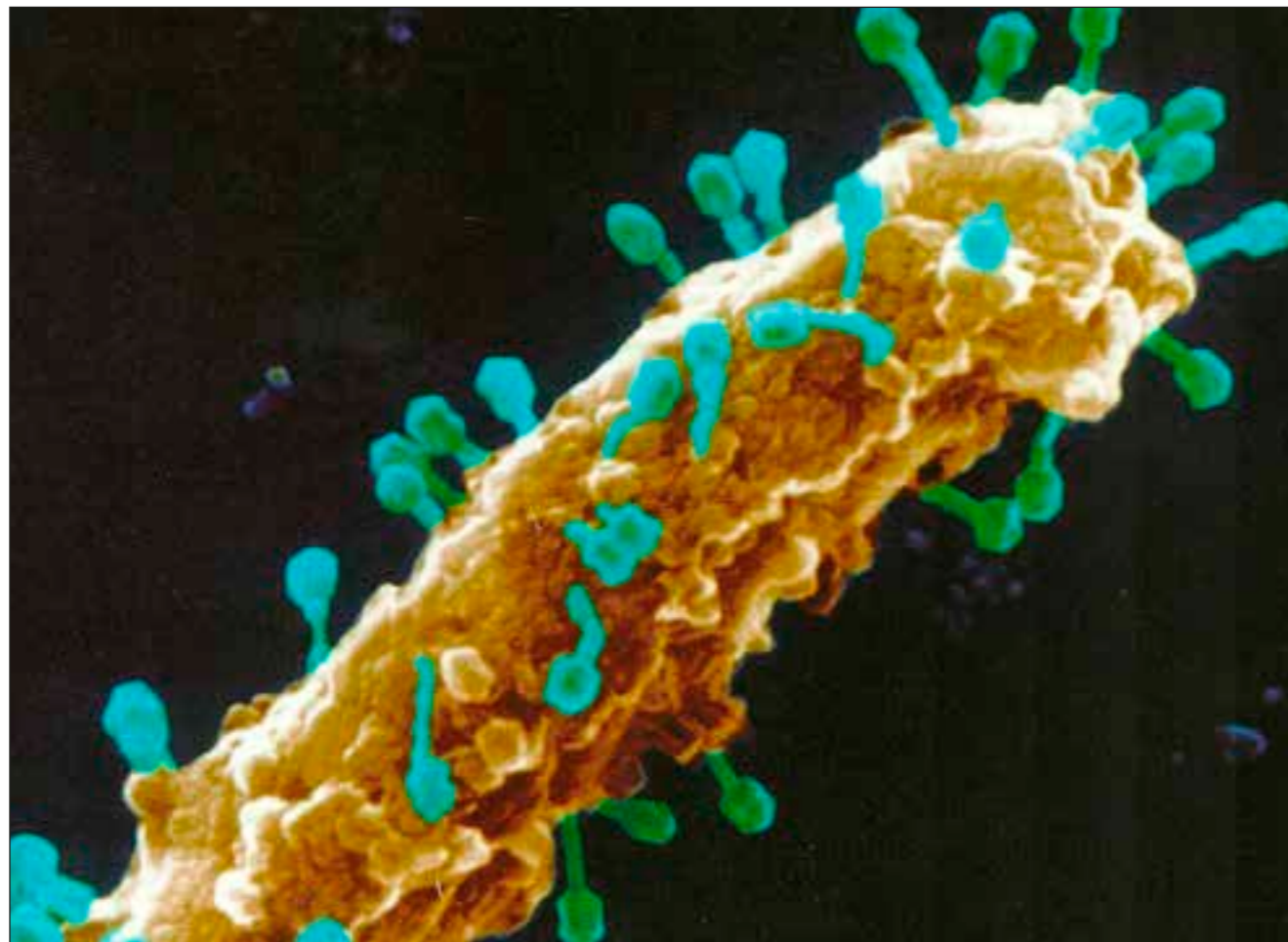
No es pot programar una prova simple a gairebé 2 mesos vista, tot deixant el pacient sense diagnosticar de forma eficaç, i fixar una operació per a l'any següent.

Cal millorar l'atenció dels CAP per evitar haver d'anar als serveis d'urgència, com passa ara, i evitar que 27.000 pacients passin cada any per urgències sense necessitar-ho. Alguna cosa falla.

Paco Castillo

Periodista i usuari amb cobertura sanitària general





La microbiologia clínica a Lleida

La patologia infecciosa ha evolucionat en els darrers anys amb les infeccions oportunistes, microorganismes multiresistents, nous antimicrobians i el seu ús racional, immigració, tuberculosi, bioterrorisme, vells microorganismes amb nou potencial patògen o malalties de transmissió sexual. Reptes com l'actual epidèmia d'Ebola, la grip nova del 2010, l'epidèmia del SARS del 2006 o les falses alarmes d'àntrax ja fa uns anys en són alguns exemples. També infeccions d'orina, respiratòries o gastroenteritis són alguns dels exemples d'infeccions "de tota la vida" que continuen trucant a la porta de les consultes mèdiques.

La microbiologia clínica té unes característiques especials que la fan diferent de la resta d'especialitats d'altres laboratoris clínics. És una ciència en molts casos interpretativa, en la qual el microbiòleg és el responsable final. L'activitat que s'hi desenvolupa està orientada essencialment al diagnòstic microbiològic de les malalties infeccioses. Una part important d'aquesta activitat consisteix en l'aïllament, la identificació i la determinació de la sensibilitat als antimicrobians dels microorganismes patògens. Una altra part important consisteix en la

detecció d'antígens i àcids nucleics en diverses mostres (sang, líquids estèrils, orina, etc.), tècniques que resulten molt útils en el diagnòstic precoç de determinades malalties infeccioses. La gran diversitat de mostres clíniques i de mètodes diagnòstics aplicables són dos aspectes que diferencien el laboratori de microbiologia d'altres laboratoris clínics.

Aquesta activitat genera un risc per al personal. I és per això que tot l'espai ha de complir, como a mínim, els criteris de contenció o bioseguretat nivell 2 (CDC Biosafety, 5a edició, 2007). D'altra banda, la interpretació dels cultius de les mostres clíniques depèn de forma important de la capacitat del laboratori d'evitar o minimitzar la presència de microbiota contaminant i és, per tant, fonamental el correcte maneig de les mostres i els cultius (condicions asèptiques, cabines de bioseguretat). El laboratori de microbiologia ha de disposar d'equipaments específics (centrifugues de bioseguretat, autoclaus i estufes biològiques, entre d'altres) i s'han de tenir en compte els fluxos de treball, així com els circuits d'entrada i sortida de personal (tant de propi com de l'hospital o extern).

La microbiologia clínica té, a més,

uns importantíssims components, que s'han de tenir en compte en qualsevol estratègia a mitjà i llarg termini en l'ordenació i l'estructuració que afecti el diagnòstic i la prevenció de les malalties infeccioses d'una població o d'un territori, i que no s'improvisen d'un dia per l'altre:

Epidemiològic: tant en l'àmbit ambulatori com hospitalari (comissions d'infeccions i antibiòtics) documentant els patrons de resistència dels microorganismes als antimicrobians

Salut pública: amb impacte directe en la comunitat. És la font més fiable per conèixer l'etiologia de les malalties infeccioses i les poblacions microbianes sempre canviants.

Estructura actual de la Secció de Microbiologia

El Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) dona cobertura a tot el territori en l'àmbit del diagnòstic microbiològic de tota la patologia infecciosa: HUAV, Hospital de Santa Maria (HSM), a tot l'àmbit de primària, la presó, centres sociosanitaris i alguna clínica privada, i és l'únic centre de referència territorial.

La plantilla mèdica actual, resultat de la fusió el 2003 de tots els laboratoris de microbiologia de Lleida, està formada per 3 facultatius: 1 facultatiu especialista, adjunt per l'HUAV (fins fa 4 anys érem 2), 1 facultatiu per l'HSM i 1 facultatiu especialista adjunt, que prové de l'àrea de primària. Fa 26 anys que no es convoca cap plaça nova de microbiòleg a l'HUAV i, a més, des de fa 4 anys no s'ha cobert la jubilació del fins aleshores cap de secció de Microbiologia, el Dr. Nogués.

Segons els estàndards de la Societat Americana de Microbiologia, en la ràtio mostres/personal de microbiologia estem molt per sobre del que es recomana. Amb càrregues assistencials similars, l'Hospital Germans Trias i Pujol (Can Ruti) té un servei de Microbiologia amb 10 facultatius, atenció continuada les 24 hores i forma residents en l'especialitat de Microbiologia i Parasitologia.

Història

El 1984 va començar per primer cop amb l'arribada a l'HUAV del primer especialista en Microbiologia, el Dr. Nogués, format a l'Hospital de Bellvitge.

El desembre del 1988 es contracta un segon (i últim fins ara) microbiòleg, la Dra. García.

L'octubre del 1997 es presenta un projecte de fusió dels laboratoris de microbiologia de l'HSM i l'HUAV de Lleida, consensuat pels professionals (metges especialistes), per a la creació d'una aleshores anomenada Unitat de Microbiologia Clínica (UMC) per donar servei de forma ordenada i eficient als pacients en el camp de les malalties infeccioses.

El 1998 s'integra la microbiologia de l'HSM i l'HUAV.

HUAV: Antoni Nogués i Mercè García (2 facultatius)

HSM: Anton Manonelles (1 facultatiu)

El 2001 s'integra la microbiologia de primària. S'insisteix en la necessitat de la creació de la UMC.

Ambulatori: J. Aramburu (1 facultatiu)

Des del 2001, amb la integració de tots els laboratoris de microbiologia del territori, som l'únic centre de referència de la regió sanitària en Microbiologia Clínica.

El desembre del 2010 es jubila el cap de secció, el Dr. Nogués. La Direcció Mèdica de l'HUAV contacta amb una microbiòloga amb la intenció d'esdevenir un Servei de Microbiologia. Malauradament, l'esmentada professional rebutja l'oferta. No es contracta ningú més per diverses causes.

El febrer del 2011 els microbiòlegs reitem a Gerència i a la Direcció Mèdica de l'HUAV la petició de creació d'un Servei de Microbiologia amb tot el que això comporta.

El maig del 2014 els microbiòlegs

El Laboratori hauria d'estar obert 24 hores amb personal específic i especialitzat

ens reunim amb el delegat de Sanitat de Lleida per expressar-li la nostra preocupació per la pèrdua de qualitat del servei que es dona al ciutadà del nostre territori en el camp de la Microbiologia Clínica i per proposar-li solucions que esdevinguin una millora assistencial a la població.

El febrer del 2015, sense canvis. Restem a l'espera

On hauriem de ser

Els usuaris de la sanitat pública catalana, sigui quin sigui el seu lloc de residència, haurien de rebre uns serveis en la mateixa situació d'equitat. Per donar un servei de qualitat d'acord amb les necessitats del nostre territori, el Laboratori de Microbiologia hauria d'estar obert 24 hores, amb personal específic i especialitzat, que pugui començar els processos microbiològics (alguns de molt lents) des del primer moment. Al llarg de la tarda i de la nit van arribant mostres d'orina, respiratòries, femtes, mostres dels quírofans d'urgències, hemocultius i altres líquids. S'hauria de poder realitzar una tinció de Gram i informar-ne a qualsevol hora del dia o de la nit. Un pacient amb meningitis no entén d'horaris. En el camp de la tuberculosi, s'hauria de poder realitzar i informar una tinció de Ziehl-Neelsen de manera urgent, independentment si és festiu o laborable. El Servei d'Urgències no tanca mai. També s'haurien de poder informar de manera continuada tècniques ràpides (el seu nom ja ho diu tot), com el VRS, legionel·la, pneumococ o virus de la grip. Caldria també informar el metge responsable del pacient ingressat si té un hemocultiu positiu, o dels antibiogrames fets, per posar alguns exemples.

El Laboratori de Microbiologia hauria de disposar d'un programa informàtic que ens permetés obtenir de manera àgil dades bàsiques, com ara quants malalts amb legionel·losi hem diagnosticat al territori, amb quina tècnica ens ha anat millor o a quants malalts atesos a urgències se'ls ha punxat un hemocultiu per després poder avaluar i millorar-ne els resultats. Això també és qualitat. Per no dir el càlcul de forma àgil i eficient de les taxes de resistència antibiòtiques, tenint en compte que nosaltres recopilem, confrontem i analitzem dades, tant de primària com de sociosanitaris, de l'HSM i de l'HUAV; i de serveis tan diversos com Geriatria,

Pediatria, UCI o Dermatologia. Fins fa 5 anys disposàvem d'un programa estadístic, capdavanter en l'àmbit específic de la Microbiologia. Qualitat és poder oferir una dedicació especial a pacients de la UCI i Oncohematologia, així com en les infeccions nosocomials. Els bacteris multiresistents són globals i no entenen de població d'aquí o d'allà. És crucial la seva ràpida detecció per evitar un brot de difícil control.

Hauríem de comptar amb una secció específica de diagnòstic de malalties de transmissió sexual, dotada de professionals especialitzats i mitjans materials, ara per ara inexistent, així com d'una secció especialitzada en l'anàlisi parasitològica que inclogui el diagnòstic de la parasitosis tropical, atenció als nous nats, mobilitat global, etc., també ara per ara inexistent.

Per descomptat, també hauríem de disposar dels recursos suficients per actualitzar i desenvolupar tècniques diagnòstiques en el camp de la virologia i d'altres microorganismes de lenta o difícil detecció, la qual cosa sempre beneficiarà el pacient, el nostre client. Hi va haver un temps en què el Laboratori de Microbiologia d'aquesta ciutat era capdavanter en innovació i implementació de noves tècniques. Qualsevol grup interdisciplinari que treballi en l'ampliació de qualsevol estudi relacionat amb les malalties infeccioses (virus, bacteris, fongs i paràsits) ha de considerar prèviament si el laboratori disposa dels recursos suficients (en el sentit ampli de la paraula) per dur-los a terme.

Més enllà de la pròpia activitat assistencial, també ha de ser present i col·laborar en la recerca de l'hospital, de l'IRBLleida i de la UdL en projectes d'interès, tant epidemiològic com assistencial, amb possibilitat de participació en xarxes d'investigació en les àrees relacionades amb la patologia infecciosa, i que contribueixi al manteniment de l'acreditació de l'Institut de Recerca Carlos III. També en programes de la Direcció General de la Salut. El nostre és un laboratori amb entitat i volum suficients per oferir docència de residents en l'especialitat de Microbiologia i Parasitologia (indicador de qualitat en qualsevol hospital universitari), fet avui imprescindible pel baix nombre d'especialistes.

En definitiva, creiem que la interlocució directa per part dels professionals de la microbiologia clínica amb els òrgans de direcció és fonamental per a una adequada gestió, tant dels recursos com del propi personal.

La creació d'un Servei de Microbiologia que sigui referent per a tot el territori donaria resposta a moltes d'aquestes necessitats.

**A. Manonelles,
J. Aramburu i M. García**
Microbiòlegs

A llarg de la història les persones amb discapacitat han estat en moltes ocasions objecte de discriminació. Algunes vegades han estat rebutjades, d'altres, adorades, temudes i fins i tot aniquilades, segons les èpoques i grups socials als quals pertanyien. Amb el temps i amb la influència del cristianisme en les nostres contrades, es va iniciar un moviment de consideració dels marginats que emprava la llàstima i la caritat per atendre'ls. No és, però, fins a finals del s. XVIII que la societat comença a acceptar la responsabilitat sobre aquesta qüestió. Es posa en marxa una assistència social organitzada, que es consolida durant el s. XIX i el s. XX amb les implicacions dels estats, que creen centres especials d'educació i ocupació, i amb el moviment social, amb la presència d'associacions formades per persones amb discapacitat i pels seus familiars per defensar els seus drets.

Ja ben entrada la segona meitat del s. XX, la discapacitat és entesa com la conseqüència de la malaltia, i la manifestació d'aquesta en l'individu és la que origina les dificultats. El concepte de discapacitat segueix un model estrictament biomèdic i obvia la complexa realitat de l'ésser humà, malgrat que l'OMS, ja l'any 1946, defineix la salut com "l'estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència d'afeccions o malalties".

Se segueix l'esquema següent:

Etiologia > Patologia > Manifestació

Amb l'objectiu de traspasar aquest concepte, l'any 1980, l'OMS aprova la Classificació Internacional de les Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (CIDDIM). Aquesta classificació se centra en la malaltia i en les conseqüències que aquesta té, tant en el propi cos com en la persona i la seva relació amb la societat. Els conceptes de deficiència, discapacitat i minusvalidesa s'introdueixen a la CIDDIM.

Es proposa un nou esquema:

Malaltia > Deficiència > Discapacitat > Minusvalidesa

En aquest esquema la deficiència és l'exteriorització directa de la conseqüència de la malaltia i es manifesta tant en els òrgans dels cos com en les seves funcions, incloses les psicològiques. La discapacitat és la restricció o absència, deguda a la deficiència, de la capacitat de realitzar una activitat en la forma i en el marge del que es considera normal per a qualsevol persona de les seves característiques (edat, sexe etc). La minusvalidesa és la situació desavantajosa per a una persona concreta, que suposa una limitació o un impediment en el desenvolupament del seu rol social.

L'any 1993, l'OMS decideix iniciar un procés de revisió d'aquesta classificació. Concretament, l'organització mèdica volia establir un llenguatge comú,



La discapacitat: atenció, valoració i prestacions

Així, d'acord amb aquesta concepció, la discapacitat es defineix com un terme genèric que inclou les deficiències, les limitacions i les restriccions, i que indica els aspectes negatius de la interacció de l'individu amb unes condicions de salut específiques i amb els seus factors contextuals. D'altra banda, el funcionament inclou la funció, l'activitat i la participació, i indica els aspectes positius de aquesta interacció. La discapacitat i el funcionament es mostren com a dues cares de la mateixa moneda.

Com es pot veure, els factors contextuals són decisius per explicar el grau de funcionament o de discapacitat d'una persona, ja que poden oferir un efecte barrera o bé un efecte facilitador. Es canvia el plantejament de la discapacitat inamovible, la dinàmica (si la persona disposa dels recursos), les tècniques i els suports necessaris per desenvolupar l'activitat corresponent.

La CIF integra el model inicial biomèdic, en què el tractament de la discapacitat va encaminat a aconseguir la cura o una millor adaptació de la persona, i posa èmfasi en la rehabilitació, que es basa en el model social, que estableix que el problema fonamental és d'origen social i és responsabilitat col·lectiva, i que cal fer les modificacions necessàries per a la participació plena de les persones amb discapacitat. Intenta aconseguir una síntesi, una visió coherent de les diferents dimensions de la salut des d'una perspectiva biològica, individual i social.

El Moviment de Vida Independent, nascut als EUA al voltant dels anys 70, i que a Espanya s'inicia amb el Foro de Vida Independiente l'any 2001, va més enllà del model mèdic/social que proposa la CIF. La seva filosofia es constitueix d'acord amb un nou pensament sobre la realitat humana anomenat "diversitat funcional". Es proposa l'ús de la dignitat, el respecte i el reconeixement de les diferències. Es reclama el dret individual i col·lectiu a viure d'una manera activa i independent dins de la comunitat, amb els suports tècnics i humans necessaris. També es proposa el canvi de la terminologia de l'expressió "persones amb discapacitat" per "persones amb diversitat funcional".

Atenció a la discapacitat. Valoració i prestacions

Al voltant dels anys 70, les primeres valoracions amb referència al concepte de discapacitat, com la manifestació de la malaltia en l'individu, es basen en la descripció de les mancances físiques i psíquiques objectivades en els següents punts: ceguesa/pèrdua visual igual o inferior al 10%, sordmudesa o sordesa profunda amb una pèrdua auditiva de més de 70 dB, pèrdua total

incorporar un sistema de codificació, aplicar el model biopsicosocial, tenir present la universalitat de la discapacitat i incorporar una terminologia neutral. Després de diversos esbor-

rany, durant la celebració de la 54a Assemblea Mundial de Salut a Ginebra el maig de 2011, l'OMS va aprovar una nova classificació internacional del funcionament, de la discapacitat i

de la salut (CIF). Aquesta classificació comptava amb un llenguatge estandaritzat, fiable i aplicable transculturalment, que permetia descriure el funcionament humà i la discapacitat usant un llenguatge positiu i una visió universal, alhora que emfatitzava que les problemàtiques són el resultat de la interacció de les característiques de l'individu amb l'entorn. En aquesta nova classificació ja no s'estableixen els tres nivells de conseqüència de la malaltia descrits a la CIDDIM, sinó que es basa en un model integral i dinàmic, on hi ha un entrellat entre les funcions i estructures del cos, les activitats que realitzen les persones i el context personal i ambiental (factors contextuals) en el qual viuen.

L'esquema 1 resumeix aquest nou model de la CIF.

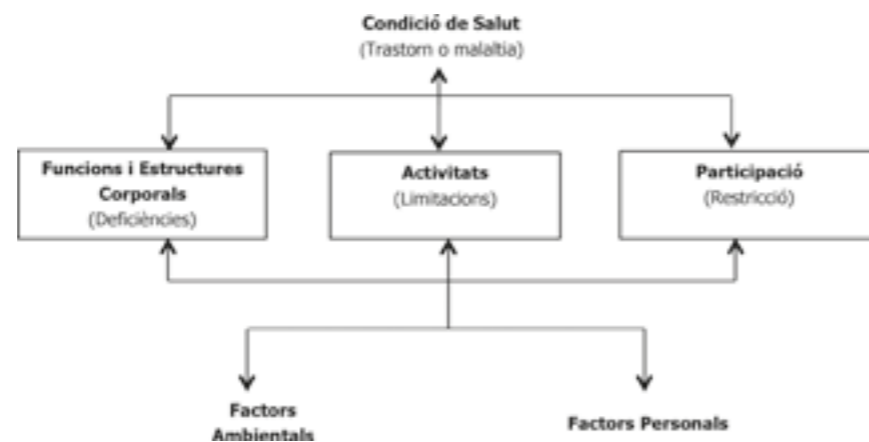
Els components essencials són tres:

- Les funcions i estructures corporals, que representen les funcions fisiolò-

giques/psicològiques i els elements anatòmics. La seva absència o alteració és allò que concebem com a deficiències.

- L'activitat, que és la execució individual de les tasques. La dificultat que té una persona per realitzar-les són les limitacions.
- La participació, que indica el desenvolupament de la persona en les distintes situacions socials. La dificultat per involucrar-s'hi és la restricció.

Cal remarcar la importància dels factors contextuals: els ambientals, que són factors externs a l'individu i que tenen a veure amb les actituds socials, les característiques arquitectòniques, el clima, la geografia, les estructures legals, etc, i els personals, que estan relacionats amb l'estil de vida, la personalitat, l'educació, l'edat, el sexe, la professió, etc.



Esquema 1. Model del funcionament i la discapacitat

no parcial d'extremitats, hemiplegies o tetraplegies, retards mentals i paràlisis cerebrals. Per a la protecció de les situacions derivades de la discapacitat de persones no actives laboralment es va crear, d'una banda, el Servicio de Asistencia a los Subnormales (OM del 8 de maig de 1970), del qual es derivaven dos tipus de prestacions: l'ajuda econòmica i la creació de centres per a l'educació i recuperació. De l'altra, es va crear el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos (RD 253/1970, de 22 de agost). És llavors que apareix per primer cop la terminologia de minusvalidesa per fer referència a les persones afectades per un percentatge de disminució no inferior al 33%. S'utilitzen com a instrument d'avaluació, a les unitats provincials de valoració, les taules AMA (Associació Mèdica Americana).

L'any 1974 s'unifiquen les condicions de subnormalitat i minusvalidesa, així com la seva gestió dins el SEREM, i es posa en marxa la creació de centres per a la rehabilitació integral, tot superant la visió estrictament mèdica. L'any 1978 es crea l'Insero (Instituto Nacional de Servicios Sociales), destinat a ocupar-se de les persones grans i de les persones amb discapacitat amb programes especials. L'institut s'anomena Insero des de l'any 1997 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

L'any 1982 s'aprova la LISMI (Llei 13/1982, de 7 d'abril sobre la integració social dels minusvàlids). Aquesta és la primera llei a Espanya que pretén regular els àmbits bàsics relacionats amb la discapacitat: la prevenció, les prestacions socials i econòmiques, la rehabilitació, l'educació, la integració laboral, els serveis socials, la mobilitat i les barreres arquitectòniques. Es creen els equips de valoració i orientació EVO (formats per professionals de la medicina, psicologia i el treball social) per determinar el grau de minusvalidesa i emetre els dictàmens tècnics facultatius mitjançant les guies de les taules AMA.

Des de la LISMI, noves normatives amb l'impuls del moviment associatiu han anat incrementant l'atenció cap a les persones amb discapacitat. Cal destacar la ratificació de la Convenció Internacional sobre els drets de les persones amb discapacitat aprovada per l'ONU l'any 2008, així com la darrera la Llei General de la Discapacitat (RD 1/2013, del 29 de novembre), que unifica tota la normativa existent en la matèria i estableix que la discapacitat ha de ser contemplada en totes les actuacions polítiques i per totes les administracions. Cal mencionar especialment la Llei de la Dependència (Llei 39/2006, del 14 de desembre), que garanteix un nou dret per a les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció

d'una o més persones per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, com en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres ajudes per a la seva autonomia personal.

A Catalunya, des de l'any 1983, era l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials) qui tenia la funció, entre altres, d'atendre les persones amb discapacitat. L'organisme està dissolt en l'actualitat des del dia 1 de gener de 2015, i les seves funcions han estat assumides per la Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal dins el Departament de Benestar Social i Família.

Dins el servei de valoracions de la secretaria esmentada del Departament de Benestar Social i Família, els centres d'atenció a les persones amb discapacitat (CAD) són els encarregats d'informar i orientar les persones amb discapacitat. En aquests centres s'ubiquen els equips de valoració i orientació (EVO), equips multiprofes-

sionals formats pel director, metge, psicòleg, treballador social i pel personal administratiu. Tenen com a funció efectuar la valoració i establir el grau de discapacitat, determinar el caràcter definitiu o provisional de la valoració, informar de la necessitat de terceres persones (necessitat d'ajuda per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, ABVD) i de les dificultats de mobilitat per utilitzar el transport públic.

Els barems utilitzats per a la valoració es posen en marxa l'any 2000 (RD 1971/1999, de 23 de desembre). Tanmateix, en aquesta data també es crea com a instrument de coordinació i amb la finalitat que les valoracions siguin uniformes a tot el territori espanyol la Comissió Estatal de Coordinació i Seguiment de la Valoració del Grau de Discapacitat, un òrgan col·legiat de l'Administració General de l'Estat, adscrit actualment al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, format per representants del ministeri i de les comunitats autònomes. Cal destacar que des d'aquesta comissió actualment s'estan elaborant uns nous barems que tenen com a referent el nou model de discapacitat descrit per la CIF l'any 2001.

La valoració actual s'estructura en capítols, que corresponen a les deficiències físiques (sistema musculoesquelètic, nerviós, respiratori, cardiovascular, hematopoètic, digestiu, genitourinari, endocrí, pell i annexos, neoplàsies i llenguatge), sensorials (visual i auditiu) i mentals (malaltia mental i retard mental). Per fer la valoració, les deficiències han d'estar prèviament diagnosticades, tractades i/o estabilitzades i sense possibilitat raonable de millora.

La valoració de les deficiències es classifica en 5 classes, tot atenent la



dificultat o impossibilitat de la capacitat de la persona per realitzar les activitats de la vida diària (AVD): la classe I correspon a la limitació nul·la o mínima i no té valoració. La classe II, limitació lleu, es valora fins al 24%. La classe III, limitació moderada, es valora fins al 49%. La classe IV, limitació greu, es valora fins al 74%. Finalment, la classe V, limitació molt greu, es valora a partir del 75% i implica la total o quasi total impossibilitat per realitzar les AVD i pot requerir ajuda de les ABVD. És en aquestes circumstàncies que la persona amb discapacitat necessita suport de les ABVD, passa a ser dependent i ha de ser valorada pels equips de valoració de la dependència, si no ho ha estat prèviament, per establir quin és el grau de dependència.

Es tenen en compte en la valoració de la discapacitat els factors socials relatius a l'entorn familiar, situació laboral i professional, nivell educatiu i cultural i altres situacions de l'entorn habitual de la persona, els quals se sumen a partir de la classe III (a partir del 25%) i poden suposar un màxim de fins a 15 punts. Una persona té el grau de discapacitat si obté el grau de 33% en la valoració.

Existeixen tres trams globals bàsics per a les distintes prestacions: el 33% és el requisit mínim per obtenir gran part dels beneficis i prestacions; amb el 65% es pot accedir a la pensió no contributiva (PNC) i el 75% és el percentatge mínim per determinar l'existència o no de la necessitat d'una tercera persona.

En la resolució del reconeixement del grau de discapacitat, també de la targeta acreditativa, s'especifica el grau de discapacitat, la validesa (definitiu/data de caducitat), el barem de mobilitat (sí/no) i la necessitat d'una tercera persona (sí/no). En cas afirmatiu no s'hi especifica el grau de dependència.

Cal esmentar que les persones que

tinguin reconeguda la incapacitat laboral permanent en el grau de total, absolut o gran invalidesa, i els pensionistes de classes passives que tinguin reconeguda una pensió de jubilació per incapacitat permanent per al servei, es consideren afectats per una discapacitat en grau igual al 33% (RD Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre).

El CAD amb l'EVO té, a més a més, les funcions d'assessorar i orientar sobre les prestacions en general, elaborar els informes i dictàmens, i emetre certificats per accedir a algunes prestacions en concret. Aquests recursos tenen el seu requisit en relació amb variables com el grau de discapacitat, dificultats de mobilitat, necessitat de terceres persones, edat, situació laboral, econòmica etc.

A manera de resum, destaquem els drets, serveis i programes següents:

- Mesures fiscals: bonificacions o deduccions sobre l'IRPF, impost de matriculació i circulació de vehicles, impost sobre successions i donacions, impost sobre el patrimoni, impost sobre transmissions patrimonials, etc.
- Mesures relacionades amb la mobilitat i el transport: bonificació en el transport públic (municipal, FCG, targeta d'acompanyament, targeta daurada de Renfe) i transport privat (targeta d'aparcament, reserva d'aparcament individual, bonificacions dispositiu VIA-T).
- Mesures relacionades amb la integració laboral: quota de reserva en l'empresa ordinària i per accedir a l'administració pública, incentius a l'empresa ordinària (deduccions fiscals, bonificacions a la SS i subvencions per adaptació del lloc del treball), centres especials de treball, enclavament laborals, autònoms (capitalització de l'atur, subvencions per a l'establiment com a autònom, subvencions per a la formació), servei de suport a la integració laboral, renda activa d'inserció, jubilació anticipada i mesures de conciliació laboral.
- Mesures per facilitar l'accés a l'educació: exempcions del preu públic de llars d'infants del Departament d'Ensenyament, ajuts als estudiants de les universitats catalanes amb reducció del preu de la matrícula, reserva de places i exempció de preus dels serveis acadèmics.
- Mesures relacionades amb l'habitatge: habitatges de protecció oficial, prioritat en les prestacions pel pagament de lloguer, prioritat en les ajudes per millorar l'accessibilitat i supressió de barreres, etc.
- Serveis Socials: programa d'atenció social a les persones amb discapacitat (mobilitat, transport, autonomia personal i comunicació), prestacions econòmiques (prestacions per fill a càrrec, pensions no contributives, complement per a titulars de PNC que viuen en un habitatge de lloguer), prestacions

i serveis especialitzats (suport per a l'autonomia a la pròpia llar, atenció residencial, centres d'atenció diürna –ocupacionals i centres d'atenció especialitzada– servei prelaboral per a persones derivades de malaltia mental, servei d'assistent personal per a persones amb discapacitat física, serveis de tutela, serveis de temps lliures i club social.

- Títol de família nombrosa en relació amb persones amb discapacitat en el nucli familiar

- Assistència sanitària.
- Altres: en col·laboració amb empreses i institucions en l'àmbit de l'oci i el lleure, esport, cultura etc.

Finalment, i com a resum, cal destacar com el concepte de discapacitat i la manera de relacionar-s'hi ha anat evolucionant dins la societat. En concret, al nostre món, en les darreres dècades es passa d'una visió medicorehabilitadora, segons la qual les persones han de ser curades i rehabilitades per incloure-les a la societat; al model més social, el qual estableix que les barreres i les actituds negatives de la societat són les que provoquen la discapacitat. D'aquest model es passa al model integrador de les diferents dimensions de la salut, que proposa la CIF, i, en el darrer any, al Moviment de Vida Independent, el qual dignifica i les persones amb diversitat funcional i els dona més protagonisme.

Per acabar, unes paraules de Ramon Trias Fargas, un dels impulsors de la primera Llei d'Integració Social de les Persones amb Discapacitat (LISMI) a Espanya. En la presentació de la llei, i amb una visió de futur va dir: "L'objectiu que cal assolir rau precisament a arribar a la situació en què les lleis especials no facin falta perquè les persones afectades restin integrades en un pla d'igualtat absoluta en la legislació general aplicable a tots els espanyols."

Queda camí per recórrer.

Dra. Marta Prim Gort
Metgessa CAD6 Lleida
Departament de Benestar Social i Família

BIBLIOGRAFIA

- Velarde, Valentina. Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Revista Empresa y humanismo. Vol. XV / n° 1 2012 / 115-136.
- Hernandez-Milagro, MA Rehabilitación (Madrid). 2008;42(6):276-86.
- Egea García, Carlos y Sarabia Sánchez, Alicia. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Rev. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Murcia, noviembre de 2001.
- Querejeta, Miguel. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: CIE/CIF. Rev. Esp. Salud Pública 2009; 83: 771-773.
- http://www.forovida independiente.org/filosofia_de_vida_independiente
- Web del Departament de Benestar Social i Família.

Els barems utilitzats per a la valoració es posen en marxa l'any 2000 (RD 1971/1999)

Es crea la Comissió Estatal de Coordinació i Seguiment de la Valoració del Grau de la Discapacitat



Transcendència de la confidencialitat sanitària

La confidencialitat, entesa com a aquella situació en què tenim coneixement i compartim fets i dades que formen part de l'àmbit de la intimitat dels altres, obliga a no revelar aquestes dades i a mantenir-les en secret, respectant el caràcter íntim i secret que hi ha donat el seu titular.

I no ens cal fer gaire esforç per entendre que els metges, igual que els altres professionals de l'àmbit sanitari, prenen decisions i actuen a partir de les dades facilitades per malalts/clients/usuaris dins d'uns paràmetres que conformen una situació (o relació) d'obligada confidencialitat.

És possible que de la reiterada vivència de situacions de confidencialitat se'n pugi derivar una disminució de la valoració del risc que comporta actuar constantment dins d'una relació que, en circumstàncies normals, obliga a extremer les precaucions i actuar amb la màxima cura per tal de no lesionar el dret a la intimitat dels altres.

També es pot donar el cas que hi hagi professionals sanitaris que, actuant de bona fe, estableixin un sistema de prioritats pensant només en la millora de la salut personal del malalt, objectiu per al qual s'atorga una importància relativa al manteniment íntegre de l'obligació de la confidencialitat i s'actua segons els paràmetres d'un sistema de relacions basat en el paternalisme.

Però cal que tots ens adonem que la societat ha canviat el paradigma, i no només en l'àmbit sanitari, i ho ha fet de manera especial en les relacions metge-malalt, usuari-servis sanitaris, en què, per disposició legal, és el malalt qui decideix sobre l'acceptació del tractament proposat pel metge, i també és el malalt qui marca els límits sobre la divulgació de les seves dades de salut (arts. 5, 7 i 8 de la Llei 41/02, de 14 de novembre).

Faig aquestes observacions després de llegir una sentència de la sala social del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya (TSJCat) del 2 d'octubre de 2014, que confirma l'acomodament d'una psicòloga d'un hospital que no va respectar l'obligació de confidencialitat d'unes determinades dades personals, exigida per una malalta, i perquè, a més, emprava models de consentiment que no havien estat autoritzats per la direcció del centre.

Ampliant una mica més els fets que van ser motiu de l'acomodament, diguem que la psicòloga treballava en un centre de salut mental, i que, en el curs del procés assistencial d'una pacient, li va comentar la conveniència que en la propera visita hi anés acompanyada de la

seva mare.

La pacient va respondre afirmativament a la petició, però va dir a la psicòloga que no digués res a la mare sobre la seva idealització autolítica.

Malgrat això, en el moment de la visita, la psicòloga va comentar a la mare de la pacient les seves idees autolítiques, la qual cosa va ser considerada una traïció que li va generar desconfiança. Va presentar una queixa al centre i va demanar que li canviessin el terapeuta.

A partir de la queixa de la pacient, el centre sanitari va tramitar un expedient disciplinari a la psicòloga, en què es va decidir la imposició de la sanció d'acomodament per haver faltat al compliment del deure de confidencialitat.

També queda acreditat en el procés que la psicòloga presentava als pacients i familiars uns fulls de consentiment en què es donava permís o autorització per parlar obertament amb els familiars d'allò que explicava el pacient en la consulta. Aquests fulls no estaven autoritzats pel centre, i els autoritzats no fan cap referència a transmetre als familiars les intimitats que el pacient explica al seu terapeuta.

La decisió d'acomodament es fonamenta en la violació del dret a la confidencialitat de les dades clíniques, a la qual tenen dret els pacients, i en la desobediència per incompliment de les



normes sobre utilització dels fulls de consentiment.

El Tribunal qualifica de molt greu la falta comesa per violació de la confidencialitat de les dades clíniques, entenent que, a més de trencar la confiança dins la qual s'ha de desenvolupar la relació metge-malalt, també s'ha violat el dret a la confidencialitat, que està protegit, específicament, en la Llei 41/02, de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient, en la Llei de Protecció de Dades de 1999, i en la Llei de la Seguretat Social.

Seguint el raonament, el Tribunal asse-

nyala que el Codi Penal culmina el sistema legal de protecció de la confidencialitat, sancionant les conductes considerades mes greus.

A parer del Tribunal, la conducta de la psicòloga s'ha de considerar especialment greu, i és mereixedora d'un especial retret en l'àmbit de les relacions laborals, perquè trenca amb el desig manifestat expressament per la malalta que no es comentés a la seva mare que havia tingut idees autolítiques, la qual cosa determina que sigui d'aplicació la màxima sanció prevista per l'ordenament jurídic, que, en aquest cas, és la d'aco-

miadament.

Els efectes de la violació del deure de confidencialitat imposat per la pacient respecte a unes determinades dades personals (ideacions autolítiques en el passat) no es limiten a la lògica pèrdua de confiança amb el psicòleg encarregat de la teràpia, sinó que transcendeixen el context de les relacions personals i se situen dins del compliment de les normes que conformen les relacions professionals, contingues en la Llei 41/02 i en la Llei de Protecció de Dades Personals.

A parer meu, del contingut de la sentència en podem treure la conclusió que

no és suficient pensar, de bona fe, que incorporar la mare al procés terapèutic, i fer-la partícip de les ideacions autolítiques que ha tingut la filla en el passat farà que prengui consciència del problema i que s'impliqui més en l'objectiu del procés.

Una decisió d'aquest tipus és contrària a l'obligació de mantenir la confidencialitat sobre les dades personals conegudes durant el procés, i no parlem de l'obligació genèrica que afecta tots els que treballen en l'àmbit sanitari, sinó de l'obligació concreta i específica, imposada en aquest cas, que prohibeix a la psicòloga comunicar a la mare de la pacient les idees autolítiques que aquesta ha tingut en el passat.

La malalta ho va decidir així, ho va notificar a la psicòloga, i aquesta va respondre que hi estava d'acord. Així, l'incompliment de l'acord té un efecte doble. D'una banda, trenca la confiança, sempre necessària en la relació sanitària, i, de l'altra, vulnera el deure de confidencialitat imposat legalment a la psicòloga i a tot el personal sanitari.

L'existència d'una normativa jurídica que imposa l'obligació de confidencialitat i el deure del secret, al mateix temps que reconeix el pacient (usuari o malalt) com a únic titular de les dades de salut referides a la seva persona, determina que la violació del deure de confidencialitat, al marge de les sancions o efectes que pugui generar en el camp de l'ètica, actui com a desencadenant de sancions de naturalesa jurídica, que la societat pot imposar coactivament.

J. Corbella i Duch
Dr. en dret. Advocat

Consideracions deontològiques sobre el secret professional

El secret professional és una de les bases fonamentals de la confiança en el metge o en el professional sanitari. Tal com diu el conegut aforisme de Portes, "no hi ha medicina sense confiança, no hi ha confiança sense confidència ni confidència sense secret".

Però cal tenir molt en compte que el secret professional mèdic no és absolut, sinó que és un secret relatiu. Té una sèrie de límits, és dir, existeixen una sèrie d'exempcions en què és possible vulnerar-lo, però tots aquests supòsits han de ser valorats molt prudentment i de forma individual.

El codi deontològic enumera els casos en què el metge pot vulnerar el secret professional, però sempre ho haurà de fer "amb discreció" i la seva revelació només pot tenir com a destinatari, "de manera exclusiva", la persona a qui

correspongui conèixer el secret:

1. Quan de la revelació se'n presumeixi un bé molt probable per al pacient.
2. Quan certifiqui un naixement o una defunció.
3. Si amb el silenci es presumís un perjudici molt probable per al pacient, per a altres persones o un perill col·lectiu (declaració de malalties contagioses, algunes malalties mentals, estat de salut de les persones a càrrec de la "res pública"...).
4. Quan es tracti de malalties professionals, accidents de treball o altres sinistres, si amb la seva declaració es pressuposa que se n'evitaran de semblants.
5. Quan actui com a perit inspector, metge forense, o similar.
6. En cas de maltractament d'infants, gent gran, persones amb discapacitat,

o en actes de violència (en aquest cas, amb l'aquiescència de la víctima).

7. Quan el metge es vegi injustament perjudicat a causa del manteniment del secret d'un pacient, i aquest sigui autor voluntari del perjudici, a condició, però, que de la revelació no en surtin perjudicades altres persones.

En la qüestió que ens ocupa, la de la revelació d'un secret, el cas d'ideació suïcida es podria encabir dins dels supòsits 1 (quan de la revelació se'n presumeixi un bé molt probable per al pacient) o 3 (si

amb el silenci es presumís un perjudici molt probable per al pacient, per a altres persones, o un perill col·lectiu).

Però tal com s'ha comentat, qualsevol valoració sobre el trencament de la confidencialitat ha d'estar molt ben ponderada i raonada. Per exemple, en cas de risc de suïcida, el professional ha d'intentar argumentar molt clarament quin pensa que és aquest risc i de quins altres elements d'ajut es disposa abans de revelar el secret.

No és el mateix, per exemple, un pacient que expliqui una idea suïcida del passat, amb poca estructuració i en fase crítica, que un pacient que relata una pla estructurat de com i quan ho pensa fer.

Aquest és un debat ben actual, ja que ha sorgit recentment en el marc de la implantació del

Codi Risc Suïcida, sobre el qual el Comitè de Bioètica de Catalunya va emetre una sèrie de consideracions (<http://comitebioetica.cat/consideracions-del-comite-de-bioetica-de-catalunya-sobre-el-codi-risc-de-suïcida-criteris-basics-dactuacio-assistencial/>) que van provocar una resposta molt ben argumentada i raonada de l'associació Després del Suïcida (<http://comitebioetica.cat/consideracions-de-lassociacio-despres-del-suïcida-%E2%94%80-associacio-de-supervivents-a-linforme-del-comite-de-bioetica-de-catalunya-sobre-el-codi-risc-de-su/>).

Potser, com a resum, caldria insistir que l'actuació dels professionals en el camp del secret ha de ser bàsicament i principalment una decisió prudent. És a dir, que la norma principal és mantenir el secret i la confidencialitat, i sols en situacions puntuals d'alt risc, ben documentades i argumentades, es pot valorar trencar la confidencialitat.

Dra. Montse Esquerda
Comissió Deontològica
Col·legi Oficial de Metges de Lleida



Bafs: individualitzar el tractament i aplicar el sentit comú

El tractament ha sobreviscut des de la seva introducció fa gairebé 2.000 anys

La patologia aguda respiratòria en forma d'infeccions respiratòries, fonamentalment de vies altes, amb la molesta congestió nasal que ho acompanya, és potser una de les patologies banals més freqüents al món. Milions de nens i adults cada any les pateixen, i en ocasions diverses vegades a l'any. En els records de la meua infància hi ha els canelobres de moc que apuntaven en els nassos dels nens i les nenes de l'època. Un dels tractaments que des de fa molts anys s'ha utilitzat per tractar els símptomes del refredat comú ha estat els bafs (vaporitzant aigua sola o amb substàncies balsàmiques com mentol, eucaliptus, etc.), basant-se en el fet que la inhalació d'aire humit calent millora els pacients amb infeccions respiratòries agudes.

Des de sempre s'ha utilitzat aigua, brous i infusions calentes per tractar aquest tipus de patologies. Aquesta mena de tractament són mil·lenaris. Al Papir d'Ebers, un dels primers tractats mèdics de l'Antic Egipte (1500 anys abans de Crist), ja se citava un remei per a la tos que consistia en una barreja amassada de resina, mirra i polpa de dàtils sobre pedres escalfades al foc i amb una canya s'aspiraven els vapors. L'introduïdor dels bafs tal com es coneixen actualment va ser Antilo, metge bizantí (segle II dC) que els va utilitzar com a remei per a l'expulsió de les mucositats. El pacient, tapat amb una manta, inhalava vapors d'un preparat que s'escalfava en un fogó o en un recipient similar amb foc a base de fulles d'*Aristolochia clamatitis*, sofre, yeast d'aves, Persea o fragments de cordes velles. Galeno recomanava, per al tractament de la tos, inhaler gasos sulfurosos que emanaven dels volcans, i enviava els pacients a un poble proper al volcà Vesuvi. També hi ha referències a la història sobre la utilització de formulacions vaporitzades per al tractament de la tisi: un metge persa, al segle VII de la nostra era, utilitzava una barreja de vapors d'orpiment (trisulfur d'arsènic) combinats amb mirra i altres substàncies aromàtiques per tractar aquesta patologia.

Al segle XVIII es va inventar el respi-

rador de Mudge, el primer aparell per a la vaporització de substàncies per al tractament de malalties respiratòries. Era un recipient d'estany, llautó o bé or amb una nansa per facilitar el transport al llit del malalt. S'hi posaven plantes balsàmiques dissoltes en aigua bullint i el recipient connectat a un tub de cuir reforçat amb filferro unit a un filtre d'ivori o fusta. Més tard, al segle XIX, amb els avenços tecnològics, es va introduir el primer nebulitzador de Sales-Giron a França, i posteriorment es va millorar a Anglaterra i Alemanya. Actualment, se segueixen utilitzant els bafs per als refredats, d'una manera similar a com els va iniciar el metge bizantí Antilo, i es reserven els moderns nebulitzadors, hereus del primer nebulitzador de Sales-Giron, fonamentalment per al tractament de la patologia respiratòria obstructiva.

Però, hi ha alguna cosa de científica en la generació d'aire humidificat i calent o simplement ha estat una pràctica ancestral sense cap fonament científic? La literatura mèdica ha valorat en alguns estudis aquesta pràctica clínica. Sakethkoo K. et al¹, en un estudi publicat a Chest, el 1978, estudien subjectes amb infecció respiratòria aguda i veuen que la inhalació de vapor d'aigua millora l'eliminació del moc nasal i que ingerir líquids calents (com, per exemple, sopa) és molt millor que freds en aquests pacients. Lwoff A. et al² van suggerir que si s'eleva la temperatura de la mucosa a 43 °C durant tres períodes de 30 minuts es bloqueja la replicació vírica al nas i així es podria impedir la progressió del refredat comú. Més tard, el 1994, Forstall G.J. et al³, en un estudi publicat a JAMA es valora l'observació *in vitro*, en què que els rinovirus s'inactivaven a temperatures de 43 °C, van dissenyar un estudi en 68 voluntaris amb refredat comú, dividits en dos grups, que rebien tractaments vaporitzats d'aire escalfat a 43 i 20 °C, respectivament. No van trobar diferències significatives entre els dos grups i la conclusió va ser que el tractament d'inhalació de vapor no va tenir cap efecte beneficiós sobre els símptomes del refredat en aquests subjectes. No obstant això, es troben altres resultats en un estudi doble cec, alea-



toritzat, controlat amb placebo realitzat a Israel⁴ amb 62 pacients amb refredat comú. El tractament va consistir en dues sessions de 20 minuts durant les quals el pacient inhalava vapor d'aire calent (42-44 °C) a través del nas. La inhalació del vapor va donar com a resultat l'alleujament dels símptomes del refredat i l'augment de la permeabilitat nasal en un percentatge significativament més elevat de pacients en el grup tractat activament que en el tractat amb placebo.

Com veiem, els estudis són contradictoris i, per tant, en aquests casos no hi ha res millor que analitzar la metanàlisi. En una de publicada el 2006 s'analitzen sis estudis. Tres van trobar beneficis del vapor en els símptomes del refredat comú. Un estudi dels EUA va demostrar un empitjorament de la resistència nasal, mentre que un altre d'israelià va demostrar una millora. Una altra publicació va examinar l'eliminació del virus i els títols d'anticossos en els rentats nasals: no hi va haver canvi de qualsevol dels grups de tractament i de placebo. Es va informar d'efectes secundaris menors (inclòs malestar o irritació del nas) en alguns estudis. Les conclusions dels revisors són les següents: "La inhalació del vapor no ha mostrat beneficis con-

sistents en el tractament del refredat comú i, per tant, no es recomana en el tractament de rutina dels símptomes del refredat comú fins que es realitzin assaigs aleatoris doble cec amb una modalitat de tractament estandaritzat."

També es poden generar vapors aplicant ungüents o pegats amb substàncies balsàmiques (mentol, eucaliptus, càmfora) a l'entrada de la cavitat nasal o al pit. Aquests vapors generats pro-

voquen una sensació de benestar respiratori i durant més de 100 anys s'han utilitzat i se segueixen utilitzant a tot el món, però s'ha comunicat que el mentol pot produir efectes secundaris, entre els quals destaca el broncospasme, fet que cal valorar sobretot en pacients amb patologies respiratòries cròniques. Com a conclusió d'aquest article sobre la utilitat dels bafs, podem valorar que ha estat una pràctica clínica molt utilitzada

en el passat en els quadres catarrals, que posteriorment es va observar que podia haver explicacions científiques en aquest ús basades en estudis que afirmen que el vapor podria ajudar al drenatge del moc i que la calor podria destruir el virus tal com ho fa *in vitro* i *in vivo*. No obstant això, els estudis clínics realitzats fins a la data són contradictoris i la metanàlisi de Cochrane no els recomana fins que se'n realitzin d'aleatoritzats a doble cec.

En definitiva, com "gairebé sempre", el missatge que hem d'extreure en l'àmbit pràctic és que cal individualitzar el tractament i aplicar el sentit comú i sobretot valorar que la seva aplicació és en quadres catarrals i que els tractaments actuals són fonamentalment simptomàtics. Els metges busquem que els nostres tractaments, si no són curatius, almenys donin benestar als nostres pacients i tinguin els menys efectes secundaris possibles. Els bafs són, en general, tractaments segurs, amb l'excepció d'alguns productes balsàmics que poden causar hiperactivitat bronquial, i si bé la conclusió de l'estudi Cochrane no els recomana, cal no oblidar que és un tractament que ha sobreviscut des de la seva introducció, fa gairebé 2.000 anys, i alguns estudis els troben útils.

Dr. Manuel Vila Justríbó

Cap de la Secció de Pneumologia
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFIA

1. Sakethkoo K, Januszkiewicz A, Sackner MA. Effects of drinking hot water, cold water, and chicken soup on nasal mucus velocity and nasal airflow resistance. Chest 1978;74(4): 408-10.
2. Lwoff A. Death and transfiguration of a problem. Bacteriological Reviews 1969;33: 390-403.
3. Forstall GJ, Macknin ML, Yen-Lieberman BR, Medendrop SV. Effect of inhaling heated vapor on symptoms of the common cold. JAMA. 1994 Apr 13;271(14): 1109-11.
4. Singh M. Heated, humidified air for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 4;6: CD001728.

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA 973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

Pie plano valgo elástico del niño

Es innegable que el pie plano infantil es una causa muy frecuente de preocupación por parte de padres, y por lo tanto, un motivo de consulta a pediatras, traumatólogos y podólogos muy importante.

Podríamos dividir en dos grandes grupos el pie plano del niño. El fisiológico (benigno y elástico) y el patológico (rigidez e impotencia).

Ya que es una característica verdaderamente frecuente, y tendríamos que empezar por definir que es normalidad, supone un verdadero problema debido a la enorme variabilidad entre individuos sanos según se presenta la huella plantar. Es importante recordar que el pie plano es usual en bebés, común en niños y normal en algunos adultos, ya que existe un espontáneo desarrollo del arco longitudinal con la edad.

No existe una definición clínica o radiológica universalmente aceptada de pie plano; la altura normal del arco longitudinal o el aplanamiento del mismo que se considera anormal es al menos poco clara. La descripción más exacta de pie plano sería: aquel pie que presenta un arco longitudinal demasiado bajo o ausente, el talón presenta eversion o desviación en valgo durante la carga y el antepié se presenta en abducción, produciendo un hundimiento del mediopié con pérdida del arco longitudinal (Fig. 1).



Figura 1

El diagnóstico diferencial es el pilar fundamental para el tratamiento, ya que el pie plano valgo elástico del niño generalmente no requiere tratamiento, a diferencia de las causas patológicas. Estas incluyen anomalías óseas como sinostosis o coalición tarsal, pie talo valgo del neonato, astrágalo vertical, escafoides accesorio y causas artríticas o inflamatorias. Para estas patologías, una simple radiografía y una adecuada exploración pueden llevarnos a diferenciar un pie plano valgo elástico fisiológico de un pie plano producido por otras causas.

Signos clínicos

Aproximadamente, un cuarta parte de pies planos elásticos se pueden asociar a contractura de tríceps sural,

que generalmente se presenta en la segunda década de la vida y se puede asociar a alteración de la movilidad tarsiana, acortamiento de la columna lateral y a un pie plano valgo doloroso.

La excesiva laxitud de los ligamentos se aprecia durante la exploración. En un pie plano valgo elástico típico el arco longitudinal se reconstituye cuando el paciente deja la carga de la extremidad, o durante la flexión plantar activa se realiza inversión de los talones y la consecuente reconstrucción del arco longitudinal (Fig 2). Estos son los signos que se requieren para el diagnóstico de pie plano valgo elástico, además del test de Hallux, que consiste en realizar hiperextensión pasiva del Hallux, lo que lleva a la formación del arco longitudinal. La exploración neurológica general, —observación de

la marcha, coordinación y reflejos—, puede descartar otras causas neurológicas y miopatías, que pueden generar pie plano y debilidad (poliomielitis, neuropatía periférica, distrofias musculares y parálisis cerebral).

La movilidad anormal del retropié con dolor y rigidez sugieren coalición tarsiana o artritis y la concavidad plantar sugiere, por último, astrágalo vertical.

Áreas específicas de dolor como el escafoides pueden deberse a escafoides accesorio u osteocondritis.

Particular atención debe recibir el tendón de Aquiles, ya que la contractura del mismo tiende a producir un pie plano valgo elástico doloroso. En estos casos, el pie no puede realizar flexión dorsal más allá de la posición neutra con la rodilla en extensión.

Historia natural

La huella plantar se desarrolla durante la primera década de la vida, esto es, debido a la disminución de la laxitud durante este período además de la atrofia de la grasa plantar. Este desarrollo, además, es independiente del uso o no de plantillas o calzado ortopédico. Por lo tanto, su uso puede ser considerado inefectivo y probablemente innecesario.

Tratamiento

TRATAMIENTO CONSERVADOR

En el caso típico de un pie plano elástico asintomático, no está indicado ningún tratamiento, y no existe ningún tipo de calzado u ortesis que demuestre corregir o mejorar la función del pie en el adulto tras su uso.

Si existe una contractura del tendón de Aquiles, se deben realizar ejercicios de estiramiento mediante terapia dirigida por los padres y/o fisioterapeuta.

Los síntomas típicos, si se presentan, son dolor medial en el arco longitudinal, sensación de cansancio y, en ocasiones, calambres nocturnos. En estos casos se recomienda calzado adecuado consistente en zapatos blandos tipo zapatilla deportiva con refuerzo del arco longitudinal y cuña interna del talón, o calzado con talonera rígida que disminuya el valgo del talón. Con este tipo de tratamiento, la mayoría de los pacientes disminuyen sus síntomas.

En casos más sintomáticos o que no mejoren con las medidas anteriores, se pueden utilizar cazoletas ortopédicas rígidas para levantar las articulaciones del mediopié (UCBL) (Fig.3), y en caso de no ser toleradas, como ocurre frecuentemente, se pueden utilizar plantillas semiblandas con sostén arco longitudinal y cuña interna del talón.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Solo reservado para los raros casos de pacientes con pie plano elástico que no mejoren con las plantillas y con persistencia de síntomas severos.



Figura 3

La huella plantar se desarrolla durante la primera década de la vida debido a la disminución de la laxitud

El desarrollo es independiente del uso o no de plantillas o calzado ortopédico

las contracturas aquileas y coaliciones tarsianas, ya que podrían ser causa de sintomatología hacia la segunda década de la vida y requieren tratamiento específico.

El tratamiento ortésico o modificaciones del calzado son efectivos en casos de dolor, pero no contribuyen a la formación del arco plantar, para lo cual son medidas completamente ineficaces en los casos asintomáticos.

La intervención quirúrgica para crear un arco plantar a expensas de bloquear el movimiento subastragalino puede establecer el arco, pero expone al niño a los riesgos de un tratamiento quirúrgico y consecuencias degenerativas a largo plazo para dicha articulación. Como suele ocurrir en alteraciones similares, el mejor tratamiento para el pie plano elástico infantil es tranquilizar a la familia.

Dr. David Pineda

Traumatólogo
Servicio COT del Hospital
de Santa María

BIBLIOGRAFÍA:

- Tachdjian's pediatrics orthopaedics. Fourth edition. Ed. Saunders.2008.
- Staheli. Ortopedia pediátrica. Ed. Marban 2003.
- Coughlin. Pie y Tobillo. Ed Marban. 2011.
- Journal of Pediatric Orthopaedics: The Efficacy of Nonsurgical Interventions for Pediatric Flexible Flat Foot: A Critical Review. Dec 2012 - Volume 32 - Issue 8 - p 830-834Jane MacKenzie, Angela BSc*; Rome, Keith PhD*; Evans, Angela Margaret PhD*.,†



Figura 2



Intolerància i sensibilitat al gluten

Fa una dècada, la malaltia celíaca es considerava molt poc freqüent fora d'Europa i era una entitat poc coneguda per a alguns professionals de la salut. En només 10 anys, aquesta situació ha canviat radicalment i el seu millor coneixement l'ha popularitzat a tot el món. Tanmateix, estem observant un altre fenomen que està generant confusió entre la població i els diferents professionals de la salut. El nombre d'individus que fan una dieta sense gluten (DSG) és molt més alt que la incidència estimada de malalts celíacs. Aquest fenomen es pot explicar per diversos motius. D'una banda, per l'aparició d'altres entitats patològiques relacionades amb la ingesta de gluten, com, per exemple, la sensibilitat al gluten no celíaca i, de l'altra, per una qüestió de "moda" o de creença errònia que el gluten no és "saludable". L'objectiu d'aquest article serà revisar i descriure les diferents reaccions adverses al gluten: al·lèrgia al blat, reaccions autoimmunes (malaltia celíaca, dermatitis herpetiforme i atàxia per gluten) i una entitat de descripció més recent que no és autoimmunitària ni al·lèrgica i s'anomena sensibilitat al gluten no celíaca.

Introducció

El blat, l'arròs i el blat de moro són els cultius de gra més abundants al món. El blat és el més conreat i té diferents tipus de cultiu segons la zona. Gran part de la producció mundial de blat és consumida després de ser transformada en pa, productes de fleca, pastes i fideus i, al Pròxim Orient i al nord

El gluten és un conjunt de glucoproteïnes del blat que conté les proteïnes anomenades prolamines

També es troben en la civada, l'espelta, el sègol, l'ordi, el kamut i el triticale

Les dues malalties més conegudes són l'al·lèrgia al blat i la cel·liaquia

d'Àfrica, en forma de cuscús. L'àmplia disponibilitat de farina de blat i les propietats organolèptiques de les proteïnes del gluten són la principal causa del seu extens ús com a ingredient en l'elaboració d'aliments. El gluten és un conjunt de glucoproteïnes estructurals del blat, que conté unes proteïnes (tòxiques per als celíacs) anomenades prolamines. Aquestes últimes també es troben en altres cereals com la civada, l'espelta, el sègol, l'ordi, el kamut i el triticale. Possiblement la introducció de grans que contenen gluten, que es va produir fa uns 10.000 anys amb la prosperitat de l'agricultura, va suposar un repte evolutiu que ha propiciat les condicions necessàries per a l'aparició

de les malalties humanes relacionades amb l'exposició al gluten. D'una banda, les dues més conegudes estan relacionades amb el sistema immunitari: l'al·lèrgia al blat (AB) i la malaltia celíaca (MC). Aquests dos tipus de reacció adversa al gluten es produeixen per l'activació de cèl·lules T en la mucosa del tracte gastrointestinal. En l'AB, per mediació de la immunoglobulina E (IgE), que desencadena l'alliberament de mediadors, com ara la histamina, a partir de basòfils i mastòcits. En canvi, la MC és un trastorn autoimmunitari en què intervien autoanticossos (antitransglutaminasa i antiendomisi). D'altra banda, hi ha casos de reaccions adverses al gluten en què no intervien mecanismes al·lèrgics ni autoimmunitaris i que reben el nom de sensibilitat al gluten no celíaca (SGNC) (Figura 1).

Tipus de reaccions adverses al gluten segons la seva fisiopatologia

1. Reaccions al·lèrgiques: al·lèrgia al blat

Els símptomes es produeixen des dels pocs minuts fins a poques hores després de l'exposició al blat i als seus derivats. Es produeix per una reacció immunològica mitjançada per IgE i pot produir afectació cutània (urticària), del tracte gastrointestinal (vòmits, diarrea), del tracte respiratori (rinitis, broncopneumonia) i reaccions anafilàctiques. El diagnòstic es basa en la realització de proves cutànies (Prick-test) i determinació en sang d'anticossos IgE específics. El tractament consisteix a no

ingerir ni tenir contacte amb el blat ni els seus derivats.

2. Reaccions autoimmunes

2.1 Malaltia celíaca (MC)

Es tracta d'una enteropatia autoimmunitària que es produeix en persones genèticament predisposades (HLA DQ-2 o DQ-8). L'aparició dels símptomes es produeix després d'un temps entre mesos i anys de contacte amb el gluten. Un cop instaurada la DSG, un percentatge petit de pacients pot presentar símptomes immediats amb l'exposició al gluten, com ara vòmits, dolor abdominal o distensió abdominal. Hi ha individus celíacs a totes les zones del planeta on es consumeix gluten i afecta aproximadament l'1% de la població general. La freqüència és superior en determinades malalties, com ara la síndrome de Down, la síndrome Turner i altres malalties autoimmunes (diabetis mellitus, malalties de la tiroïdes, etc.). L'espectre clínic de la MC és molt ampli i inclou des de simptomatologia gastrointestinal clàssica, com ara diarrea crònica i pèrdua de pes, fins a altres símptomes més inespecífics com anèmia, osteoporosi, afectació neurològica o hipertransaminasèmia. També hi ha formes silents que es diagnostiquen per estudi serològic. Les formes amb pocs símptomes poden passar desapercebudes i, si no es detecten a temps, poden propiciar l'aparició de complicacions a llarg termini, com infertilitat o limfoma intestinal. Per al diagnòstic s'utilitza la determinació d'autoanticossos: anticossos antitransglutaminasa (ATG) i antiendomisi (AE), la determinació dels marcadors genètics HLA-DQ2 i DQ8, i la realització de biòpsia intestinal (en què s'objectiven lesions histopatològiques específiques). L'únic tractament actual consisteix a fer una DSG estricta.

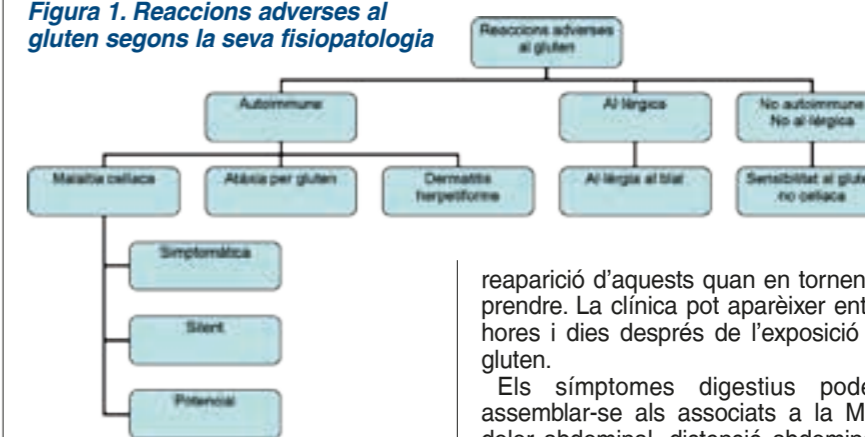
2.2 Dermatitis herpetiforme (DH)

La DH és una manifestació cutània de la MC i es presenta com una erupció papular simètrica (en colzes, natges, genolls, etc.). El diagnòstic es basa en la clínica, en la biòpsia de les lesions en què s'objectiven dipòsits característics d'IgA, en la determinació dels mateixos anticossos que en la malaltia celíaca (ATG i AE) i en algunes ocasions es realitza biòpsia intestinal. El tractament consisteix també a fer una DSG estricta. Pot presentar-se de forma aïllada, precedir en anys la MC o de manera concomitant a aquesta.

2.3 Atàxia per gluten

L'atàxia per gluten (AG) és una malaltia autoimmunitària amb marcadors serològics per al gluten positius en què es produeixen danys en el cervell que causen l'atàxia. La presentació clínica més freqüent és l'atàxia cerebel·losa pura i en pocs casos pot aparèixer associada a mioclonies i tremolor. Normalment apareix insidiosament cap a la dècada dels 50 i en molt poques ocasions té una evolució ràpidament

Figura 1. Reaccions adverses al gluten segons la seva fisiopatologia



Taula 1. Criteris diagnòstics de la sensibilitat al gluten no celíaca (adaptada de Molina-Infante et al.)

1. Presència de símptomes gastrointestinals (principalment dolor abdominal, distensió abdominal i/o diarrea) que depenen de l'exposició dietètica al gluten
2. Cribratge acurat de malaltia celíaca: HLA DQ-2 i DQ-8, Anticossos antitransglutaminasa i antiendomisi, Biòpsia intestinal
3. Resultat negatiu d'IgE i tests cutanis (Prick-test) per al blat
4. Després de realitzar durant un mes una dieta sense gluten amb millora clínica han de reaparèixer els símptomes en reintroduir (provocació) el gluten

progressiva. Menys del 10% dels pacients amb AG tenen símptomes gastrointestinals, però fins a una tercera part tenen enteropatia en la biòpsia intestinal. El tractament és la DSG, tot i que en alguns casos els pacients no hi responen.

3. Forma no autoimmunitària ni al·lèrgica: sensibilitat al gluten no celíaca (SGNC)

Cada vegada és més clar que, a banda de la malaltia celíaca i l'al·lèrgia al blat, hi ha casos de reaccions adverses que no s'expliquen pels mecanismes descrits fins ara. La SGNC és una entitat emergent que es caracteritza per la presència de símptomes gastrointestinals i extra-gastrointestinals dependents del gluten en pacients en els quals s'han descartat la MC i l'AB (diagnòstic per criteris d'exclusió, taula 1). Són, més específicament, els pacients que tenen IgE negatives per al blat, serologies negatives (ATG, AE) i biòpsia intestinal normal amb símptomes clínics superposables a la MC o a l'AB. Els pacients amb SGNC presenten resolució dels símptomes quan es fa una DSG i

reaparició d'aquests quan en tornen a prendre. La clínica pot aparèixer entre hores i dies després de l'exposició al gluten.

Els símptomes digestius poden assemblar-se als associats a la MC: dolor abdominal, distensió abdominal, diarrea o restrenyiment. Presenten amb més freqüència símptomes no gastrointestinals: bradipsíquia, parestèsies de mans i peus, artràlgies, cefalea, astènia i ànim depressiu o fatiga crònica.

No disposem encara de gaire informació, basada en l'evidència, de la fisiopatologia d'aquesta entitat. Es postula que hi intervé la immunitat innata, i hi ha treballs que hi impliquen com a desencadenant el gluten, els FODMAP (oligo-, di- i monosacàrids fermentables i poliols), proteïnes diferents del gluten o altres components del blat. Desconeixem en aquests moments la prevalença d'aquesta entitat. S'ha descrit la possible relació de la SGNC amb la síndrome de l'intestí irritable, l'autisme i l'esquizofrènia, però no disposem encara de dades conclouents.

Dra. Neus Pociello
Cristina Moreno, dietista
Dra. Raquel Ballester
Dra. Montserrat Planella
Dra. Pilar Galle
Dr. Aureli Esquerda

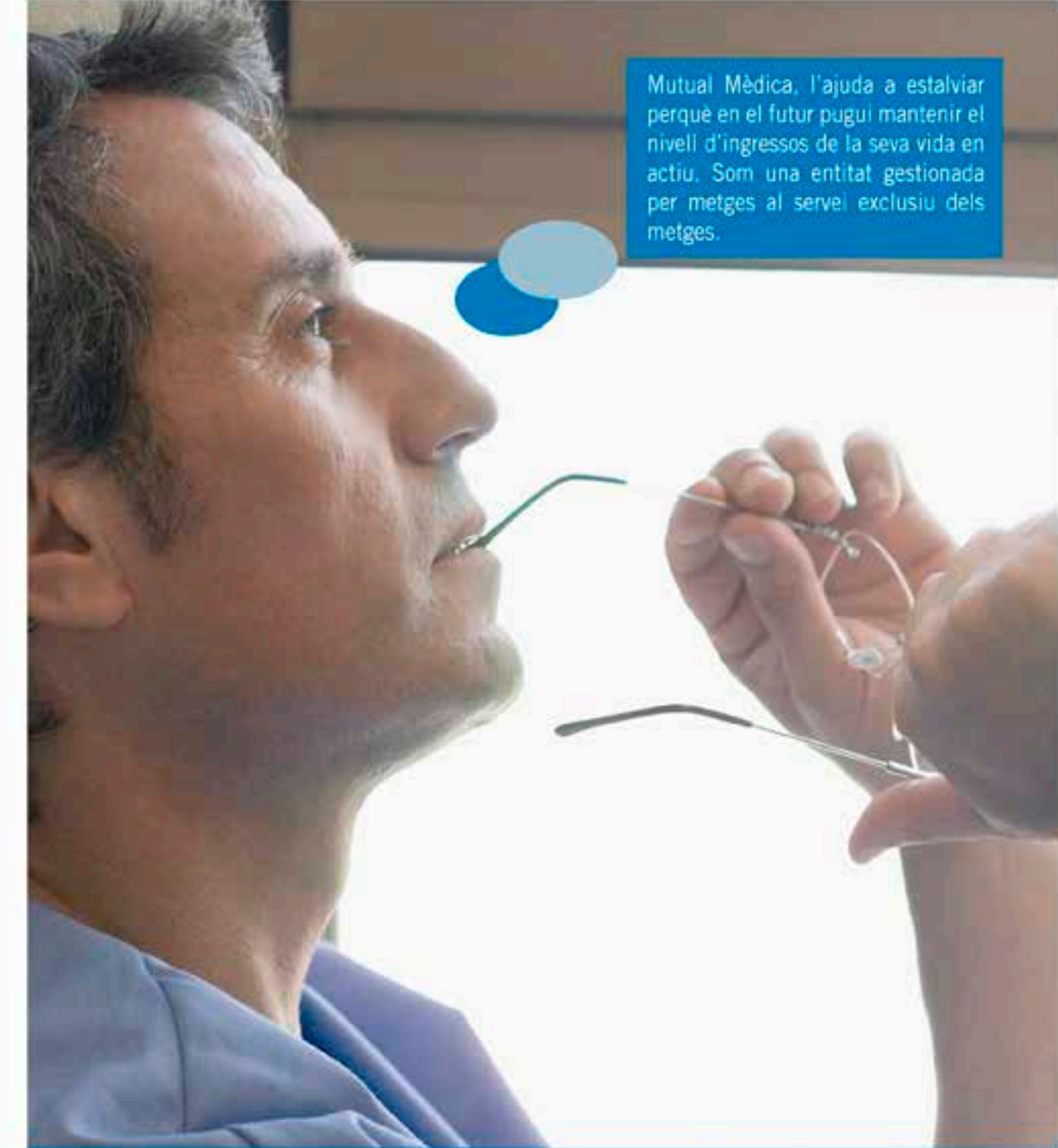
Unitat de Malaltia Celíaca
 Hospital Universitari Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFIA

Catassi, C, Bai JC, Bonaz B, Bouma G, Calabro A, Carroccio A, Castillejo G, Ciacci C, Cristofori F, Dolinsek J, Francavilla R, Luca E, Green P, Holtmeier W, Koehler P, Koletzko S, Meinhold C, Sanders D, Schumann M, Schuppan D, Ullrich R, Vécsei A, Volta U, Zeballos V, Sapone A, Fasano A. Non-celiac gluten Sensitivity: The new frontier of Gluten related Disorders. *Nutrients* 2013, 5, 3839-3853; doi:10.3390/nu5103839.

Sapone A, Bai JC, Ciacci C, Dolinsek J, Green P, Hadjivassiliou M, Kaukinen K, Rostami K, Sanders D, Shumann M, Ullrich R, Villalta D, Vltá U, Catassi C, Fasano A. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on a new nomenclature and classification. *BMC medicine* 2012, 10:13.

Molina-Infante J, Santolaria S, Montoro M, Esteve M, Fernández-Bañares F. Sensibilidad al gluten no celiaca: una revisión crítica de la evidencia actual. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37(6):362-371.



Mutual Mèdica, l'ajuda a estalviar perquè en el futur pugui mantenir el nivell d'ingressos de la seva vida en actiu. Som una entitat gestionada per metges al servei exclusiu dels metges.



Mutual Mèdica

la mutualitat dels metges