

# BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 112

Maig del 2015



**Debat sobre la sanitat a  
Lleida i Catalunya el 2015**



# Cuidem la teva salut i la dels teus

Amb les companyies més ben valorades pels propis metges.

Assegurances de serveis complets des de **43,28€ /mes\***



## TARIFES ÚNIQUES

per a un ampli tram d'edat i sense copagament



## ELS QUADRES MÈDICS MÉS COMPLETS



## ELS MILLORS CENTRES HOSPITALARIS

\*Prima 2015 per assegurat de 0 a 65 anys d'edat, sense distinció de sexe (subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia).

Informa-te'n ara



Rambla d'Aragó, 14, Pral. Lleida



902 198 984



@ medicorasse a med.es

## Sanitat pública, universal i de qualitat

**B**UTLLETÍ MÈDIC publica en aquest número un debat sobre com evolucionarà la sanitat a Lleida d'aquí a 10 anys. Els professionals que han posat per escrit les seves previsions i desitjos estan d'acord en els conceptes clau, que es resumeixen en una sanitat pública, universal i de qualitat. La base d'un sistema democràtic igualitari ha de partir d'un ensenyament i d'una medicina que arribi a tot-hom sense cap distinció.

Alguns polítics, amb l'excusa de la crisi econòmica, s'obliden, de vegades, o aprofiten l'oportunitat per canviar aquest principi igualitari. Cal recordar, en aquest sentit, que els grecs ja ens van deixar escrits els fonaments de la democràcia i Aristòtil ja ens advertia que la degradació de la democràcia era la demagògia.

Després de molts anys de lluita, els ciutadans hem aconseguit uns drets que considerem inalienables, i hem de conservar-los i millorar-los. Segurament hi ha diferents maneres de fer-ho, però nosaltres tenim la responsabilitat i el deure de lluitar per aquesta sanitat pública, universal i de qualitat. I encarregar als polítics i als gestors que, amb lleialtat i transparència, desenvolupin les eines per aconseguir-la.



Foto portada: REIAL AERoclUB DE LLEIDA

### Sobre els fets de l'IES Joan Fuster

Reflexió d'Àngel Pedra, psiquiatre, i Rosa Blasco, psicòloga, sobre la mort del professor Abel Martínez a mans d'un alumne adolescent **08 >>>**

### Tractament actual del virus de l'hepatitis C

Article del Dr. M. Miralbés, cap de secció d'Aparell Digestiu de l'Hospital de Santa Maria de Lleida **24 >>>**

### Maneig del nen que no menja

La consulta de les famílies sobre els motius pels quals el seu fill o filla no menja és freqüent en Pediatria. La Dra. Alicia Aguiló i l'infermer Miquel Flores parlen d'aquest tema **30 >>>**

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

**Consell de Redacció:**  
Tomàs Alonso Sancho  
Josep M. Auguet 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

Maria Irigoyen Ontiñano  
Aurora López Gil  
Xavier Matias-Guiu  
Mercè Matinero Tort  
Jordi Melé Olivé  
Mercè Pascual Queralt

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

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

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

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

# Celebrada la jornada “Tens psoriasi? Volem ajudar-te”

La jornada anomenada *Tens psoriasi? Volem ajudar-te*, patrocinada per l'Associació Acció Psoriasi, es va celebrar l'11 de març a la sala d'actes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAUV). El mateix dia al matí i uns dies abans es va instal·lar al vestíbul de l'hospital una taula informativa en què es donava a conèixer l'associació, què fan, els projectes, els fulletons informatius sobre la psoriasi i també sobre la mateixa jornada.

L'aforament de la sala d'actes va vorejar el ple per seguir la jornada. Hi va haver tres ponències. La primera es va titular *Psoriasi: què cal que sàpiga el pacient?*, a càrrec del Dr. Josep Manuel Casanova, dermatòleg de l'HUAUV, i que va donar resposta precisament al que cal saber sobre la malaltia, la causa, el diagnòstic i el tractament més actual.

La segona ponència es va titular *Artritis psoriàsica: de la pell a l'articulació*, i va ser presentada pel Dr. Lluís Rosselló, reumatòleg de l'Hospital de Santa Maria de Lleida. El Dr. Rosselló va incidir en la importància d'anar al reumatòleg ja en els primers símptomes articulars de la malaltia i així poder aplicar el tractament més adient. Va donar a conèixer també les darreres novetats sobre els tractaments biològics (adalimumab, etanercept, certolizumab, infliximab, ustekinumab, secukinumab o el apremilast, entre d'altres), que s'han afegit en els darrers anys als clàssics com el meto-



trexat, la ciclosporina o la leflunomida. Va tancar la jornada la psicòloga d'Acció Psoriasi Susanna Cantalejo amb la ponència *Com enfrontar-me a la meua malaltia*, que va fer el que es podria anomenar una teràpia grupal amb el públic present, amb anàlisi de la freqüent problemàtica sorgida de veure's afectat per aquesta malaltia cutània. El debat posterior va ser molt interessant i va servir per aclarir molts dubtes sobre el dia a dia de la malaltia.

**Dr. Lluís Roselló**  
Reumatòleg

## Moviment col·legial de març i d'abril del 2015

El COMLL ha registrat 24 altes durant els mesos de març i abril de 2015: Raquel Núñez Plasencia, Noemí Planas Rienda, Carlos Hugo Gómez Biel, Ana Fuertes Rodríguez, Rubén Gálvez López, Jessica Molina Seguin, Rosendo Óscar Bravo Alarcón, Miguel Eduardo Jáuregui Abulrach, Eduardo Sáez Huerta, Ana Scott-Tennent de Rivas, Karen Rodríguez Pérez, Alejandra Lamarca Irisarri, María Perdiguier Meriz, Rebecca Aishling Oglesby, Clara Fuertes Abardia, Gisela Torres Vicente, Diego Castanera Gratacós, Daniel Vázquez Justes, Alba Guerrero Viladrich, Mario Roberto Negrini Morux, Mireia Merichal Resina, Meritxell Torres Moliné, Cristina Acosta García i Sandra Lucía Martín Infantes.

### BAIXES

El Col·legi ha registrat 9 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de març figura la defunció del Dr. Joan Carles Fortuny Llanses, i entre les d'abril, la defunció del Dr. José Cases Cortiella.

### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Albert Lorda Rosinach, Rosa Maria Roca Cortés, Lluïsa Morilla Grasa, Maria Figueras Solé i María Ángeles Peña Sáez. Total col·legiats el 30/4/2015: 1.749



Taula inaugural de la Jornada de Fibromiàlgia

# Jornada d'Actualització Diagnòstica i Terapèutica en Fibromiàlgia

La VI Jornada d'Actualització Diagnòstica i Terapèutica en Fibromiàlgia, Síndrome de la Fatiga Crònica i Sensibilitat Química Múltiple va tenir lloc el dia 20 de març, a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. La jornada va estar organitzada per la Unitat d'Expertesa en FM, SFC, SQM de l'Hospital de Santa Maria de Lleida (UESM). Un total de 200 professionals s'hi van inscriure i es van acceptar 60 pòsters.

En aquesta ocasió es va donar veu a diferents professionals que investiguen d'una manera o d'una altra en aquestes malalties. Així, la primera ponència va anar a càrrec de l'informàtic Josep Cuadrado, que va presentar un projecte sobre l'aplicació de noves tecnologies en el seguiment de pacients afectats per FM. El Dr. Joan Valls, estadístic de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, va aprofitar l'ocasió per donar a conèixer les diferents maneres d'investigació des del vessant epidemiològic i estadístic i, a la vegada, va presentar un estudi sobre trastorns cognitius i FM en què participa ell mateix i la UESM, entre d'altres.

El Dr. Joaquim Fernández Solà, metge internista de l'Hospital Clínic

Inscripció de 200 professionals i acceptació de 60 pòsters

El poema "Duele", d'Iltziar Pascual, va guanyar el primer Premi de Poesia Dolor Visible/Jo Invisible

de Barcelona, va presentar els darrers avenços sobre la fatiga crònica i va fer especial èmfasi en els nous criteris diagnòstics i en les darreres novetats terapèutiques. La fisioterapeuta Carme Campoy i la psicòloga Laura Bosa, ambdues de la UESM, van presentar un estudi que analitzava les alteracions de la sexualitat en les persones afectades de FM i en què es demostrava de manera clarament significativa que és un dels problemes més freqüents i a la vegada preocupants per a qui pateix

la malaltia.

Els psicòlegs PIR de l'Hospital de Santa Maria Andrea Kiskeri i Víctor Ferrer van mostrar en la seva ponència els beneficis sobre les funcions cognitives dels afectats per FM quan fan tractament grupal. A la tarda, es van presentar dues ponències més, la primera a càrrec de la infermera de la UESM Mercè Serra, que va parlar sobre l'important paper de la infermeria en el seguiment, la informació i l'educació o els consells del dia a dia dels afectats per la FM. Va tancar la jornada el Dr. Lluís Rosselló donant resposta a 50 preguntes de tot el que fa referència al que es desconeix i crea incertesa en els pacients de FM.

Com en anys anteriors, hi va haver un moment cultural amb el lliurament de premis: el I Premi de Poesia Dolor Visible/Jo Invisible. El primer premi va ser per al poema *Duele*, d'Iltziar Pascual; el segon per a *Alfabet desorganitzat*, de Maria Assumpció Cornadó, i el tercer ex aequo per a *Viaje a la raíces*, de Guiomar Cuesta, i *Ares*, de Mercedes Roman. Un total de 25 poemes es van presentar a aquest premi.

**Dr. Lluís Roselló**  
Reumatòleg

**PAIMM**  
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addicció 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>

# El Dr. Trujillano, padrino de la primera promoción del grado de Medicina

## Resumen del discurso de graduación

**E**l Dr. Javier Trujillano apadrinó el 17 de mayo la primera promoción del grado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lleida. El acto se celebró en la Seu Vella de la capital leridana.

BUTLLETÍ MÈDIC publica un resumen de su intervención.

### Dilemas

Es un honor y un orgullo poder ser el padrino de vuestra promoción. El título es *Dilemas* y el subtítulo, "Vais a tener problemas". El discurso se compone de siete dilemas. Dos dilemas personales, uno de inicio y el del final; dos dilemas generales, y tres dilemas más concretos.

El primer dilema se me planteó al intentar responder a las expectativas sobre la temática del discurso. Fui pidiendo opiniones y surgieron los siguientes términos: divertido, que haga reír; que haga llorar, emotivo; sé tú mismo, políticamente correcto e incorrecto... Nadie me pedía una lección magistral. Además, mi experiencia oyendo este tipo de discursos exigían que fuera corto. Y para colmo, yo no me acordaba del discurso de mi graduación. Todo esto me planteó un dilema para conseguir un discurso corto e inolvidable, que solo pude resolver de la siguiente manera:

Haré un discurso como si se lo dirigiera a mi hija y lo estuviera escuchando mi madre.

El primer dilema general es el que llamo "dilema de la evidencia". Os hemos enseñado que la única medicina que vais a utilizar es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Desde el año 1948, cuando Bradford pone las bases del ensayo clínico y con las aportaciones de las figuras de Cochrane y Sackett en Reino Unido, queda definido el concepto de MBE: "La MBE es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales." (Esto es lo más parecido a una lección magistral).

Pero la MBE tiene dos pilares: la mejor evidencia posible (que ya sabéis cómo encontrarla) y una experiencia clínica adecuada (que debe dirigirse a la excelencia). Este pilar todavía no lo tenéis. En pleno siglo XXI, cada día os vais a tener que enfrentar a dilemas con las medicinas alternativas. Defended siempre la medicina basada en el método científico.

El otro gran dilema general es el "dilema profesional". Toda vuestra vida os surgirá la pregunta de si existen más cosas que la Medicina. Claro que existen más cosas que la Medicina, por ejemplo, la poesía (aquí os he dejado algo sorprendidos). Veamos una poesía de Lope de Vega:

*Enseñé: no me escucharon.  
Escribí: no me leyeron.  
Curé mal: no me entendieron.  
Maté: no me castigaron.  
Ya con morir satisface.  
¡Oh, muerte! Quiero quejarme:  
bien pudieras perdonarme  
por servicios que te hice.*

No les caemos bien a los poetas. La poesía la uso como una metáfora, hay más cosas que la Medicina. Pero seguro que ya os ha pasado que habéis tenido que renunciar a

Parlamento del Dr. Javier Trujillano.  
Fotografías: Universitat de Lleida



cosas por la Medicina. La Medicina impregnará toda vuestra vida (ya lo hace desde el primer momento en el que pagasteis la matrícula del primer curso del grado). Durante toda vuestra actividad profesional se os plantearán dilemas en los que tendréis que elegir entre la Medicina y otras opciones.

Hay más dilemas. Ahora hablaré sobre tres dilemas más concretos que son bastante específicos en la profesión médica.

El "dilema de la humildad". Planteamos un pequeño escenario para que se vea de forma más gráfica. Han pasado los años (habéis aprobado el MIR, hecho la especialidad y ya estáis felizmente contratados en un hospital). En una sesión clínica de vuestro servicio se pueden oír las siguientes frases:

"¿Has leído el último artículo de...?"

"¿Conoces la última clasificación de...?" O también, "¿Ya sabes hacer la técnica novedosa de...?"

La clase médica no nos caracteriza por nuestra humildad. Qué difícil es decir "no lo sé". Hay que saber decirlo. El mejor médico no es el que lo sabe hacer todo, el mejor médico es el que conoce sus limitaciones y se apoya en un equipo para complementarse.



Colocación de la orla a una de las nuevas licenciadas



Los miembros de la promoción 2015 del grado de Medicina

El siguiente dilema concreto es el "dilema de la verdad". Planteamos un escenario parecido. Han pasado los años y ya trabajáis en un servicio (esta vez, un servicio que trabaja con pacientes críticos donde a veces las cosas no van bien). A veces tenemos fracasos y nuestros pacientes mueren. Salimos a hablar con la familia, que nos pregunta: "Doctor, ¿se ha hecho todo lo posible para salvarle?" "Doctor, dígame la verdad".

En pocas profesiones se oyen tanto estas preguntas. Y son dilemas que tenéis que resolver. El consejo es: "Mentid lo menos posible, y si mentís, que siempre tengáis remordimientos."

El último dilema concreto es el "dilema del compromiso". La profesión médica se enfrenta a tener un porcentaje alto de profesionales quemados. Ya en vuestra experiencia conocéis a médicos quemados y no quemados. En este caso, el escenario también es parecido. Estáis en una sesión de vuestro servicio y el jefe pregunta lo siguiente: "¿Hay algún voluntario para ayudar en docencia?" "¿Algún voluntario para ayudar en una investigación?" O también, "¿Hay alguno que quiera forma parte de la comisión de...?"

Un antídoto para no quemarse es la participación (el compromiso). Sobre todo, es un consejo, intentad hacer docencia, colaborad en lo posible en investigación e intentad que no decidan sin vosotros. A los alumnos de primero de Medicina les pregunto si tienen vocación. La vocación es una llama que os tiene que iluminar y no quemar. Me sigue asombrando el profesional que todavía conserva esa misma cara que tenía en primero. Que los quemados no os guíen. Intentad que los dilemas sobre compromiso se resuelvan aceptando participar y os ayuden a no quemaros.

Vuelvo otra vez a la poesía (que ahora tiene algo más de sentido):

*Enseñé: no me escucharon.  
Escribí: no me leyeron.  
Curé mal: no me entendieron.  
Maté: no me castigaron.*

Para acabar, se me ha pedido que haga algo emotivo. Es mi segundo y último dilema personal. La pregunta, "¿qué hago?". Pasarán los años y me planteo la siguiente pregunta: ¿Cómo quiero que nos recordéis? Una palabra con mucho peso es con orgullo. Será bueno que os acordéis de nosotros (de nuestra facultad) con orgullo... Pero lo que no os perdonaré es que no nos recordéis con cariño.

Vais a tener problemas. A partir de ahora haced la siguiente asociación: problemas no, son dilemas. ¡Viva Lleida!

Estos dilemas nos enriquecen y hacen que ejercer la Medicina, ser médicos (sois médicos), sea la mejor profesión del mundo.

Moltes gràcies.

# Quan la violència explota a l'adolescència: el cas de l'IES Joan Fuster

Un alumne de l'IES Joan Fuster de Barcelona va arribar el 20 d'abril a l'institut armat amb una ballesta, un ganivet i un explosiu casolà. El noi, de 13 anys, va ferir una professora i una companya. Abel Martínez, un professor, va intentar ajudar-les i es va convertir en la víctima mortal de l'adolescent agressor.

El tràgic fet ha fet saltar les alarmes. Era previsible l'atac del noi? Com es podia evitar? Què cal fer per vetllar per la salut mental dels alumnes? BUTLLETÍ MÈDIC ha demanat l'opinió del psiquiatre Àngel Pedra i la psicòloga Rosa Blasco.

## Els trastorns de conducta

Segons un informe de l'OMS sobre la salut dels adolescents, la depressió és la principal causa de malaltia i discapacitat entre els 10 i els 19 anys. A Catalunya, "aproximadament entre el 10% i el 20% dels nens i adolescents tenen alguna problemàtica de salut mental", des de trastorns menors, com hiperactivitat, fòbia escolar, trastorn obsessiu o depressió lleu, fins als més greus, com esquizofrènia o trastorns bipolars, que tenen menys prevalença.

No obstant això, existeix un col·lectiu de joves d'entre 10 i 18 anys (uns 220 a la província, amb tendència a incrementar-se anualment en un 5%) que creen una alarma familiar i social per conductes com:

- Dificultat per controlar els impulsos agressius.
- Baixa tolerància a la frustració.
- Manca de noció de perill.
- Menteix amb freqüència.
- Fa fugues de casa.
- Absentisme.
- Expulsió del centre o centres.
- Manca de sentiment de culpa i projecció de la culpa als altres.
- Baixa susceptibilitat al càstig: no modifica la seva conducta a través de l'experiència.
- Sovint, domina, amenaça o intimida els altres
- Destrucció indiscriminada d'objectes.
- Robatoris.

Com més criteris compleixi, pitjor serà el pronòstic, i en el cas que predominin la manca de sentiments, la inestabilitat emocional, la irresponsabilitat i la despreocupació pel benestar dels altres,

serem davant una estructura de personalitat psicopàtica.

L'any 2004 es va crear a Catalunya el programa *Salut i Escola*, que consistia a adjudicar una infermera als centres educatius de secundària a fi de detectar adolescents amb problemàtica de salut mental, amb dependència als tòxics, problemes de sexualitat i trastorns del comportament alimentari. Després del temps que ha passat, s'evidencia que el programa es mostra poc eficaç per modificar els trastorns de conducta.

Actualment, la tendència és derivar-los a recursos de Psiquiatria, com centres de salut mental, unitats d'hospitalització, unitats medicoeducatives i psicoteràpies, amb resultats un xic descoratjadors, ja que aquests nois i noies no troben censurable el seu comportament, no evidencien una empatia i persisteixen amb les manipulacions, ajudats, en ocasions, per l'actitud que mostren certes famílies, que tendeixen a protegir-los, incloses les mateixes víctimes.

### Què caldria fer?

Malgrat la baixa resposta obtinguda en els plantejaments terapèutics actuals, considero que cal cercar noves formes de tractament orientades a les característiques del jove, l'edat i l'ambient on es mou. Així doncs, caldria tenir en compte unes orientacions generals com:

- El pares han de tenir un control dels recursos econòmics dels seus fills.
- No han de justificar les conductes del fill o filla. Cal que s'enfronti a les conseqüències legals i socials dels seus actes.
- Treballar mitjançant esports i tallers motivadors a fi de dominar l'impulsivitat.

Dr. Àngel Pedra  
Psiquiatre



- Deixar-los clar que creiem en les seves bones intencions si les corroboren amb els actes i no solament amb paraules de bones intencions.
- Fer-los entendre que les seves conductes són autodestructives
- Estimular la pràctica de comportaments socialment acceptables.

En cas que no s'aconsegueixin resultats ambulatoris, caldria orientar el tractament amb institucions psicoteràpiques on es practiqui una disciplina, psicoteràpies individuals i grupals, tallers d'habilitats socials, comunitàries i de relacions interpersonals a fi d'adaptar-los a les necessitats de la comunitat.

A Catalunya, són poques les institucions que treballen amb aquests nois, i les poques que ho fan són privades o concertades: cal pagar una quota a la qual moltes famílies no poden fer front. Per tant, la majoria del joves candidats al recurs no hi poden accedir.

De moment, per començar a fer front als trastorns del comportament, caldria aconseguir que les diferents institucions relacionades amb els joves, com Sanitat, Benestar, Justícia i Educació, poguessin treballar de manera més coordinada a fi de fer un seguiment dels casos de risc.

## Sobre els fets de l'IES Joan Fuster

Em faig ressò del malestar i la tristesa dels ensenyants després de l'homicidi el 20 d'abril d'un dels seus companys, Abel, es deia. Crec que els professors i les professores pateixen un dol molt important per la pèrdua del company, i també perquè tots van morir una mica aquell dia. És un dol agreujat pel gairebé nul reconeixement per part de les institucions i dels sindicats del sector i, si a la teva mort no et ploreu ni conselleres ni delegats, qui et plorarà? Es ploraran ells, s'abraçaran i es consolaran entre ells com ho van fer a la plaça Paeria, però se sentiran sols, desprotegits i ningunejats.

I és que són estranyes aquestes persones que es dediquen a ensenyar, i fins i tot potser els agrada i tenen vocació. Jo, que fa molts anys que hi comparteixo mals de cap i alegries, en sóc testimoni. Són mestres i professors despallats en un entorn en què la seva tasca es desvalora, es contesta, es buida de respecte i, pel cap baix, es precaritzada.

D'altra banda, cada cop es demanen més coses, als ensenyants, fora de l'estricta transmissió de coneixements,

com si la família i la societat haguessin dimitit d'algunes de les seves funcions i les diposessin en ells. El professorat ja vol educar, formar persones, i s'ha d'encarregar de l'alimentació, del control postural, del bon ús de les xarxes socials, del bullying, del racisme, d'una muntanya de coses més per a les quals disposa de pocs recursos.

Hi ha qui es pregunta si mestres i professors són capaços de detectar el malestar, els canvis, els problemes dels seus alumnes. Sí, la gran majoria en són capaços, com el bon metge no veu només el canell trencat del pacient, sinó que també s'adona, a través dels missatges verbals i gestuals, del seu estat d'ànim. Els ensenyants veuen els joves com un tot i perceben si estan en dificultats i intenten esbrinar de quina mena són, encara que no sempre disposen dels recursos necessaris per fer-hi front.

En la meua experiència, ja llarga, en el treball amb adolescents a la meua consulta i dins d'un IES com a personal extern al centre, rebo demandes continuament de tutors, professors, personal no docent, pares i mares, sensibles a l'evolució equilibrada dels nostres adolescents. A l'IES on treballa 12 hores a la setmana van optar per contractar una psicòloga clínica i l'AMPA i la directiva van decidir dedicar-hi una

part del pressupost. Opino que el tipus de professional que es busca té molt a veure amb el que es desitja: formar joves íntegres i integrals i atendre les seves necessitats psicològiques en un moment crucial del seu desenvolupament. Dels 12 als 18 anys hi ha moltes vicissituds, moltes novetats (físiques, mentals, familiars, socials...), i tot va molt i molt de pressa dins l'enorme lentitud que perceben ells en el seu desig de fer-se grans.

En aquest període alguns nois i noies pateixen trencaments psíquics importants, com deu ser el cas del noi de l'IES Joan Fuster. Podem especular si es tracta d'un trastorn de tipus més psicòtic, amb trets paranoics, que farien que desvirtués la realitat fins a crear un entorn hostil i persecutori que el duria que esclatés l'escissió total. Es podria tractar igualment d'un trastorn en l'esfera psicopàtica amb poca tolerància a la frustració, dificultat enorme de fer autocrítica i projecció massiva de les seves dificultats en els altres generant importants sentiments d'odi que finalment esclaten. Sigui com sigui, cosa que no sabem atesa la impossibilitat d'accedir al material psicodiagnòstic del noi, un trastorn d'aquest tipus no apareix de la nit al dia: té un curs velat al començament i més evident amb el pas del temps. És per això que sobretot la família, i també l'escola, hi haviem d'haver percebut algun signe.

En aquests casos és imprescindible la col·laboració de la família amb l'escola i amb els pediatres o metges de família. De vegades s'amaguen símptomes o es posen tots al calaix de sastre de l'adolescència. Cal conèixer amb el fill. Cal saber què fa, què li agrada, com li va la vida, cal parlar-li. És important mirar-lo a la cara i intentar veure qui és o qui li agradaria ser. Amb fets tan terribles com aquest que ens ocupa correm el risc que la societat criminalitzi la malaltia mental, malgrat que les estadístiques són clares sobre aquest tema. Crec que es feina de tots nosaltres que això no passi.

Vull recordar-vos que educar no és només tasca dels ensenyants. Per educar un nen fem falta tots, els pares i les mares, els metges, els psicòlegs, els pastissers, la societat sencera. Necessitem uns polítics que es comprometin i no retallin el futur de la societat, que són tots els nostres nois i noies.

Recordeu, Abel, es deia, i era un d'aquells a qui els deixem els nostres fills i filles sis hores al dia. Per respecte a ell i a tots els seus companys ens hem d'esforçar com a societat perquè se'ls doti dels recursos necessaris per fer la seva tasca i se'ls investeixi del respecte necessari per fer la seva feina.

Rosa Blasco Balaguero  
Psicòloga clínica

Psicòloga a l'IES Màrius Torres de Lleida

# La sanitat a Lleida d'aquí a 10 anys

Les fórmules associatives i polítiques de la societat actual sembla que han iniciat un procés de canvi en el marc de l'anomenada era tecnològica. Com afectarà a la sanitat en el futur? Com volen els professionals que evolucioni la sanitat en el futur? BUTLLETÍ MÈDIC ha demanat l'opinió de sis col·legiats i col·legiades sobre el tema.

## La imparable tecnologia i la calor i el consol imprescindibles

El nostre futur, com sempre, està marcat per l'entorn econòmic global, on les crisis han deixat de ser cíclics com antany i existeix una reassignació de recursos que està fent que augmentin de forma exponencial les classes mitjanes al món, als anomenats països emergents, tristament en detriment de les economies europees que no poden aguantar la despesa que genera l'estat del benestar, i que és un nou ressorgir del capitalisme 3.0 una sortida en fals d'aquesta crisi que ens aboca a noves concepcions en la forma de gestionar la medicina.

En un món on la tecnologia seguirà de forma imparable canviant i manipulant el nostre dia a dia, on la medicina tindrà una major capacitat de tractament i guariment de les malalties conegudes i altres que han de venir, de forma molt més personalitzada, amb sistemes implantables intel·ligents que advertiran els cardíacs i altres malalts amb factors de risc de la proximitat d'un esdeveniment o milloraran el control dels diabètics optimitzant i canviant l'evolució d'aquesta malaltia, o l'expansió de la radiologia T.Ray en 3D, les analítiques automàtiques, les ecografies i les proves diagnòstiques a la capçalera del pacient, molts d'aquests ja en propietat d'ells mateixos i amb accés immediat des dels seus smartphones, l'era de la robòtica i l'organoteràpia artificial, per descobrir un clar matís que tot sigui d'accés limitat basant-se en aquest condicionant econòmic.

Tindrem la tecnologia, però podria

arribar a tothom?

Han passat 65 anys des que Watson i Crick van descobrir el model de base de la genòmica i mai com ara sembla visualitzar-se com l'enginyeria genètica és el paradigma de la nova relació pacients-medicina amb activitats preventives individualitzades, teràpies *ex vivo*, etc.

L'atenció mèdica ja ha canviat, hem passat de l'actitud d'"assistència als pacients" a la de col·laboració amb ells per millorar i prevenir les seves patologies. L'accés a la informació ha estat clau i la nostra missió cada dia serà l'assessorament tècnic més que la direcció mèdica i la responsabilització del pacient sobre la cura de la seva salut, serà en diversos graus la garantia del manteniment de l'equitat en la salut. Em preocupa que el que més influirà en el sistema de salut és un fet que no cal explicar: que serà fenomenalment costós.

La filantropia, la cura del medi ambient i l'ajuda social seran una forma de vida per a un important nombre de persones, i els sistemes curriculars i d'accés del treball, sobretot en medicina, valoraran l'experiència en aquests temes, així com la base formativa en intel·ligència emocional i desenvolupament del lideratge i gestió personal, llevant el paper preponderant que tenen avui les finances i el màrqueting. Els estudis de medicina cada cop són més complexos i s'oblida moltes vegades la formació en aquests vessants, limitant l'accés a persones que tenen grans capacitats i de les quals, per un sistema exclusivament basat en l'expedient acadèmic encotillat, els usuaris ens en veurem privats. Quants grans metges vocacionals que van accedir amb un tall acadèmic baix han estat els motors de



**Tindrem la tecnologia, però podria arribar a tothom?**

la qualitat en salut i quants matriculats amb incapacitat per mostrar un mínim d'empatia col·laboren en la mala imatge que perceben els pacients?

Ara només la recerca del rigor i la qualitat en les nostres actuacions i la capacitat de treball, i d'explicar i justifi-

**Voldria equivocar-me, però fa l'efecte que anem cap al sistema "americà"**

car totes les nostres actituds, ens podrà ajudar a millorar el deteriorat ambient de la professió mèdica. Els nostres mandataris han d'actuar urgentment, deixant les polítiques de retallades i incentivant i dignificant la professió amb metges com a base de la millora i la

reactivació de la qualitat en salut amb la facilitació del compromís, la capacitat formativa i la innovació, i sobretot amb la visualització d'un mínim d'esperança que aclareixi l'actual futur incert i mancat d'expectatives que reactivin la il·lusió i les ganes de tots els professionals.

El Dr. Terry Grossman va escriure el 2004 un llibre, *Fantastic Voyage - Live Long Enough to Live forever\**, en què es detallen les investigacions en marxa sobre tecnologia mèdica i arriba a la conclusió que la capacitat de viure per sempre no seria un somni tan irrealitzable. De fet, només 10 anys més tard moltes de les seves afirmacions són un fet. Això és el que volem? Quin preu hem de pagar per això?

M'agradaria equivocar-me, però fa l'efecte que anem més cap al sistema "americà" que a una remodelació-reparació-reforma del nostre sistema europeu, signaria que el 2030 hi tinguéssim tots accés com ara, esperant una mica més de tecnologia i rapidesa, però tot mantenint la calor, el suport i el consol a què podem accedir al nostre sistema mèdic.

**Manolo Guiu**  
Metge de Poble  
jguiub@gmail.com

## Pública i de qualitat

"Pública i de qualitat". Aquesta és la resposta que possiblement la majoria de nosaltres respondríem si se'ns fes una enquesta i haguéssim de dir en dues paraules com voldríem que fos la sanitat a Lleida els propers anys. Si bé és cert que és una resposta fàcil i molt populista —ara que arriba període d'eleccions i els eslògans estan en boca de tothom—, també ho és que penso que no és tan fàcil d'assolir.

Pública?... Sí, sanitat pública. El concepte és molt ampli i abasta múltiples interpretacions que entenc que hi haurien de tenir cabuda. D'una banda, la necessitat d'abastar les diferents necessitats mèdiques que podem tenir al territori lleidatà en els propers anys, i que moltes ja les tenim integrades en la xarxa assistencial. Exemples no en falten, i serien, entre altres, l'adquisició d'un Servei de Cirurgia Pediàtrica, l'Angioradiologia (properament establert a l'Hospital Arnau), etc.

De l'altra, em refereixo a públic en el sentit d'accessible per a tothom. Si bé és cert que tenim la sort de gaudir d'una sanitat universal, la seva accessibilitat per part de certs col·lectius més marginals fa que potser no puguem arribar a tots els racons de la societat que requereixen d'una dedicació més

àmplia. Gent gran sense recursos, col·lectius de nouvinguts amb manca de recursos econòmics per tal de pagar certs medicaments o persones amb risc d'exclusió social requereixen d'un sostre sanitari que pugui cobrir les seves necessitats i que no sempre els aixopluga.

El mateix concepte, sota el meu punt de vista, hauria de poder garantir l'eliminació o la minimització de les llistes d'espera (tant quirúrgiques com de visita a consultes externes), que fan que, en certa manera, determinades coses no siguin tan públiques com haurien de ésser. M'explicaré. El fet que un pacient amb una certa malaltia que l'incapacita per realitzar una vida normal i que està pendent d'una intervenció quirúrgica per solucionar aquest problema, davant la tediosa llista d'espera opti per una solució fora de la sanitat pública, no respon, en certa manera al criteri de "públic" de què ens sentim tan orgullosos. És pública una intervenció d'incontinència urinària que té més de 6 mesos de mitjana de llista d'espera al nostre sistema de salut a Lleida? És pública una primera visita a alguns especialistes hospitalaris amb un temps de demora de mesos quan algú té dolor?

L'altre eslògan per reclamar en els propers anys és el de sanitat de qualitat. Crec que la sanitat a Lleida ha experimentat en els últims anys un augment qualitatiu important. Per molts motius, que van des de la creació d'unitats especialitzades en determinades matèries que fins ara no estaven integrades als centres a Lleida (Cirurgia Toràctica n'és un exemple), com per la millor comunicació entre les àrees de Primària i els hospitals, passant per la integració d'aparells de nova tecnologia que fan que el diagnòstic i el tractament de les diferents patologies vagin més concorde a les necessitats del segle XXI.

Tots aquests avenços tecnològics o administratius han d'anar acompanyats d'una certa especialització per part de l'equip mèdic (i sanitari, en global). Penso que aquest esforç s'està portant a terme a Lleida, i encara quedarà més palès en els propers anys per la tendència de la medicina a la subespecialització. No hem de perdre de vista, però, que aquest augment de l'excel·lència en certs aspectes o sectors ha anat acompanyat d'un detriment important de les condicions de treball dels artífexs, en part, d'aquest augment qualitatiu que som els professionals de la salut.

Hem contribuït de manera substancial a assolir aquest nivell amb el nostre sacrifici en època de retallades, i aquest

no s'ha vist retornat, i encara menys compensat. Aquesta és una condició que hem de exigir en els propers anys per tal d'augmentar l'excel·lència mèdica a la nostra regió sanitària, atès que l'augment de pressió assistencial, l'increment de llistes d'espera i altres condicionants contribueix a una disminució en l'assistència que reben els nostres pacients, i això va en detriment de l'eslògan que volem o que estem reclamant. Si bé tot això és cert, no ens podem quedar mirant-nos el melic i creure que practiquem una sanitat de primera, ja que l'avaluador d'aquesta qualitat no és cap altre que el pacient, i aquest ens examina dia a dia. Així doncs, pública i de qualitat!

**Josep Maria Auguet Martín**

R5 Urologia

**Silvia Iglesias Moles**

R5 Medicina Intensiva

Hospital Universitari Arnau

de Vilanova de Lleida

## ...(algunes idees para mi discurso de jubilación)...

Participamos los profesionales de mi generación en la ilusión que supuso el proyecto de unión de la sanidad de Lleida y, más concretamente, en la fusión de nuestros dos hospitales. Ilusión que vino acompañada con la aparición de miedos en la forma de realizarla. Los miedos se basan en sensaciones subjetivas y en experiencias vitales y no suelen desaparecer por escuchar discursos, solo desaparecen cuando surge la razón e ilumina la oscuridad de las dudas. El principal reto surgía en que Lleida disponía de una oportunidad única y no tenía que desaprovecharla.

La primera amenaza que veíamos era la que suponía un avance en la privatización del sistema de atención sanitario. Poco tardamos en ver que esta amenaza no tenía ninguna posibilidad de cristalizar, ya que el sistema de participación ciudadano en el proyecto aseguraba el carácter público exclusivo. El sistema actual es público y referente internacional en asistencia universal sostenible.

La segunda amenaza era la de la pérdida de derechos del personal sanitario. La crisis económica de esos años hizo que los trabajadores perdiéramos poder adquisitivo y que se acompañara de una visión oscura con la posibilidad de menguar también en derechos laborales. Se tardó en ver que el modelo

no buscaba abaratar los sueldos ni el despido libre, sino más flexibilidad sin castigar a los trabajadores.

En los primeros años la flexibilidad de contratación preocupaba sobre todo a las nuevas generaciones, pero luego los sistemas de control interno y externo (principal mecanismo de defensa de los trabajadores) consiguieron devolver la sensación de seguridad necesaria para el correcto funcionamiento asistencial. El sistema de contratación se basa en la acreditación de méritos objetivos, ha consolidado una carrera profesional en todos los estamentos, que se adapta a las necesidades del sistema y a las posibilidades de cada trabajador, y ha hecho atractivo trabajar en Lleida por tener ventajas.

Personalmente puedo decir que llevo a la jubilación con mejores condiciones económicas y sintiendo una mayor protección y reconocimiento por parte del sistema.

La tercera amenaza era que no nos convirtiéramos en una isla dentro del

*No está todo hecho, pero Lleida intenta aprovechar su oportunidad*

panorama nacional e internacional. Ha costado adaptar, en un esfuerzo administrativo, legal e incluso político, la normativa de funcionamiento de nuestro sistema para que fuera compatible. Ahora ya podemos afirmar que tenemos ventajas —hemos podido exportar nuestra forma de trabajar— y que, por ejemplo, cualquier profesional puede venir o irse a cualquier puesto de trabajo fuera de Lleida sin tener menoscabo en sus derechos y condiciones laborales.

Como cuarta amenaza aparecía el hecho de tener menos sistemas de control al disponer de mayor autonomía de gestión. Ha sido nuestro producto estrella. El modelo de gestión ha sabido contar con todos. ¡Cuántas horas se han invertido no solo escuchando, sino aprendiendo! Se han utilizado todos los mecanismos de participación en la fase de creación y se ha creado un modelo de control que convence. Por ejemplo, el gerente se somete cada dos años a un sistema interno y externo que valida su actuación y debe exponer el programa a corto plazo, que posibilite llegar a los objetivos medios (6 años) y de largo

plazo (12 años). En gestión económica, desde el primer año se contó con auditorías externas, y podemos afirmar que tenemos total transparencia.

Y la quinta amenaza era tener que demostrar que seríamos rentables y sostenibles. Hemos tenido problemas. Hubo en los primeros años una amenaza real de encoger el sistema al no conseguir unos objetivos económicos que se nos impusieron desde la Generalitat. La respuesta de Lleida fue posible porque hubo coraje y sensación de que íbamos todos juntos. La antigua marea blanca se convirtió en la marea de Lleida. Era nuestro proyecto, y así se defendió desde los políticos, la gerencia y los trabajadores. Ahora somos sostenibles y nos sometemos a los criterios más serios, incluyendo los estándares internacionales.

Hay otros indicadores que nos dicen que las cosas se van haciendo bien. Ha habido un progresivo aumento en la cartera de servicios asistenciales ofertados y cada vez hay más servicios que han conseguido la máxima acreditación en excelencia. En docencia, hemos conseguido que, cada vez más, haya

más personal que participe en la idea de que somos una unidad docente multidisciplinaria (formación universitaria pre y postgrado, formación profesional, etc.). Y en investigación, tenemos mejor producción científica y hemos establecido más relaciones internacionales. El modelo reconoce en la carrera profesional y en los objetivos tanto la dedicación docente como la de investigación.

No está todo hecho —menos mal. Pero, mirando hacia atrás, puedo decir que Lleida está intentando aprovechar su oportunidad.

**Dr. Javier Trujillano Cabello**

## L'acord de Govern del febrer del 2014, una proposta aliena a l'evolució en la sanitat pública de Lleida?

Tot el procés comença el 1992, quan l'Hospital de Santa Maria, fins aleshores gestionat per la Diputació, passa



*És lògic que la incertesa i la inestabilitat laboral actual generin recel*

a la nova empresa pública Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Des dels seus inicis, i amb la voluntat de complementar-se amb l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS), s'inicia la unificació de diferents carteres de serveis: les Urgències, la Pediatria, el Laboratori d'Anàlisis Clíniques, la Unitat d'Al·lèrgies i el Servei d'Anatomia Patològica.

L'any 2004, l'ICS i GSS signen un acord marc de col·laboració, marcat pel Pla de Salut, per millorar la prestació de serveis d'assistència sanitària a la Regió Sanitària de Lleida i incorpora una part important: "Fer-ho de la forma més eficaç possible racionalitzant l'ús

dels recursos existents i col·laborant amb l'Atenció Primària." No és baladí que en els propers dos anys la unificació d'especialitats duplicades, com Endocrinologia, Pneumologia i Cardiologia, iniciï un treball de coordinació entre l'Atenció Primària i l'Atenció Especialitzada, amb l'elaboració de protocols conjunts i l'aparició de la figura del referent, tan prestigiada a la resta de Catalunya, com a model per imitar.

En els anys següents es fan convenis de col·laboració, tant en l'àmbit dels serveis generals (cuina, cafeteria) com en l'assistencial. S'unifiquen altres especialitats, com la Rehabilitació i la Dermatologia, i es fa una aposta de territori per implementar el SAP ARGOS als dos hospitals de Lleida, un gran avantatge competitiu que actualment tenen Lleida i els Pirineus envers altres territoris. La interoperabilitat entre e-cap i SAP abans de l'aparició de la Història Clínica Compartida Catalunya (HC3) ja feia possible la connexió entre l'Atenció Primària i l'Atenció Especialitzada, un gran pas en la comunicació entre nivells assistencials.

El 2011 és, sens dubte, un any que marca un punt d'inflexió: l'Hospital Comarcal del Pallars passa de ser un hospital públic amb gestió aliena a ser un hospital públic gestionat per l'empresa pública GSS. S'incorpora, per tant, el territori del Pirineu a l'aliança estratègica entre les dues empreses públiques GSS i ICS, ja que l'AP del Pirineu ja té unificada la gerència amb la de Lleida. S'implanta el SAP ARGOS a l'Hospital del Pallars i s'integra amb les mateixes estacions clíniques que la resta d'hospitals de Lleida. Es potencia el valor del suport al territori i la sensibilitat a les seves necessitats. És el Pla de Salut Territorial 2011-2015, en el document aprovat el febrer del 2012, que proposa la integració funcional i orgànica dels hospitals i incorpora l'Atenció Primària com una part fonamental del sistema sanitari públic, amb l'objectiu d'avançar envers la constitució d'una única institució i crear el Complex Sanitari de Lleida.

Però aquest mateix any la crisi global afecta, i molt, l'assignació de recursos econòmics i, per tant, el finançament de GSS i el pressupost de l'ICS. S'han de posar en marxa plans de xoc per contenir la despesa, a la vegada que des del govern es plantegen accions que fan que el 2012 els professionals públics perdin una paga extra. Aquesta situació, que no només afecta els professionals de la salut, genera una situació de queixa en la societat, de desmotivació i en alguns moments de crispació, amb moviments socials molt mediàtics i l'aparició de nous partits polítics que

recullen aquestes demandes, condició que no podem obviar perquè forma part de l'entorn en el mateix moment de l'avenç cap al nou consorci.

És lògic que la incertesa, la inestabilitat laboral del moment que viuen Espanya i Europa generin sentiments de recel als canvis. Però també és important que desgranem el gra de la palla i que falsem amenaces de privatització i de pèrdua del caràcter univèrsal de la sanitat pública de Lleida no emmascarin un procés evolutiu d'anys, que s'ha anat implantant progressivament.

Aquesta situació fa que l'aliança estratègica, que fins ara optimitzava els recursos assistencials, hagi arribat a un punt mort. La unificació de noves especialitats només permet el moviment de professionals entre hospitals, però no permet el canvi de carteres de serveis d'un hospital a un altre. Això es deu a la diferència de finançament entre GSS, per contracte d'activitat amb CatSalut, i de l'ICS, de pressupost. Per tant, atura el fet de poder avançar en la tasca pel procés assistencial que s'ha d'iniciar a l'Atenció Primària, i que s'hauria de treballar de forma integral a l'Atenció Especialitzada, sense fragmentacions ni duplicitats.

La constitució del Sistema Integral de Salut de Lleida-Pirineus (SIS), amb un únic contracte CatSalut, ha de facilitar aquest traspàs d'activitats, procediments i prestacions entre els hospitals i l'Atenció Primària per adaptar-lo a les necessitats del procés assistencial. A la vegada, ha de permetre el reconeixement de la complexitat que es realitza actualment a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, amb un increment dels ingressos, a més de la incorporació de la facturació a tercers, que tot l'ICS no ingressa en la seva assignació. I aquests fets van lligats a la descentralització de les decisions en el territori i amb el territori, ateses les seves singularitats i peculiaritats.

Tot això en una institució amb personalitat jurídica pròpia i de naturalesa 100% pública, sotmesa al mateix dret i a les normes de legislació sobre procediment administratiu vigent a què actualment estan sotmesos l'ICS i GSS, i que garanteix que totes les persones de l'ICS i GSS que hi treballen en el moment de la seva constitució mantinguin els seus drets, i, a més, reconeix les condicions de tots els professionals adscrits (estatutaris). En aquest marc, els professionals que hi treballem actualment hem d'estar tranquils per la nostra estabilitat laboral.

El nou Sistema Integral de Salut de Lleida-Pirineus (SIS) ens ha d'obrir la porta a un nou model assistencial,

organitzatiu i de treball que s'ha d'adaptar a les necessitats actuals del ciutadà, que ha d'aplanar les estructures de gestió i apoderar els clínics potenciant la seva participació en la gestió clínica. Un model organitzatiu que ha d'aportar una visió transversal i horitzontal del procés assistencial per assolir una assistència sanitària integral i de treball en equips multidisciplinaris per:

- Una qualitat assistencial d'excel·lència
- Millorar la satisfacció del pacient
- Potenciar el desenvolupament dels professionals
- Garantir la viabilitat econòmica

La població que atenem dia a dia està canviant, l'envelliment augmenta de forma progressiva i, per tant, les necessitats no són les mateixes que fins fa uns anys. L'estructura hospitalària clàssica i l'excessiva compartimentació del coneixement per especialitat i subespecialitats fan que no sigui el lloc més adequat per atendre la cronicitat, el gran repte del segle XXI.

Aquest rol l'ha d'anar adquirint l'Atenció Primària, amb una visió més integral del pacient, que amb la potenciació de l'atenció domiciliària, nous recursos de no internament i la col·laboració d'altres serveis hospitalaris haurà de tenir un major coneixement en el diagnòstic, el seguiment i el tractament del pacient crònic complex, domiciliari i pal·liatiu.

L'Atenció Primària ha d'incrementar la capacitat resolutiva de les malalties més prevalents, amb els recursos (personals i econòmics) suficients per donar-hi sortida i augmentar la seva cartera de serveis. Cal impulsar les noves tecnologies per millorar el contacte amb els pacients i, conjuntament amb la prevenció i la promoció de la salut, treballar la proactivitat per evitar descompensacions i ingressos evitables, que també han de servir de suport bàsic per a l'intercanvi d'informació i formació bidireccional amb els especialistes de l'Àmbit Hospitalari.

El SIS permet que els dos hospitals de Lleida, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria, amb alguns serveis duplicats, esdevinguin serveis únics per crear un únic hospital de referència per al territori i que posicioni el sistema públic de Lleida en un alt nivell d'excel·lència amb la potenciació dels gabinets assisen-

als i l'Hospital de Dia per accelerar els diagnòstics i els tractaments sense ingrés hospitalari; la reordenació dels recursos per realitzar procediments i tractaments d'alta especialització que incorporin al sistema públic carteres de servei, que actualment no hi són i que es fan necessàries en un hospital de referència d'un territori com Lleida i el Pirineu.

Tot i que el vessant assistencial i clínic és el que comprèn més nombre de professionals, no ens podem oblidar de dos més —cabdals—, perquè l'atenció sanitària sigui capdavantera i d'alta qualitat: la docència, la formació de nous professionals, s'ha de consolidar al territori. Cal ser atractius per captar els professionals que en un futur formaran part de la nostra organització. Nou talent que ha de créixer amb els valors de l'organització i ha de dur la sanitat de Lleida a ser pionera en qualitat assistencial. La competència amb altres hospitals de Catalunya per a l'assignació de les places de residents és en l'actualitat una gran amenaça, que podem millorar amb un complex sanitari més potent.

I la recerca, peça clau per a l'avenç científic i que aporta un plus més al nostre sistema sanitari, que permet captar recursos i nous talents, que també es poden incorporar al vessant assistencial.

La recerca i la docència són dues peces claus al SIS, que cal treballar i apoderar, i que, a més, poden ser nexes d'unió i de treball entre l'àmbit comunitari i hospitalari.

Tot aquest canvi organitzatiu, cultural i de reordenació, que se centra en les persones, té com a objectiu millorar l'atenció del ciutadà, i, a més, busca que l'actiu més important que té una organització sanitària, que són els seus professionals, se sentin reconeguts per la seva tasca i satisfets de la seva pertinença al sistema públic sanitari de Lleida, organització que a la vegada ha de tenir capacitat per fer créixer, retenir i captar el coneixement i el talent.

**Dra. Núria Nadal Braqué**

Directora d'Atenció Primària Lleida ICS

**Dra. Anna Aran Solé**

Directora de Centre HUAV-ICS

Directora assistencial HUAV-ICS i GSS

**El canvi organitzatiu, cultural i de reordenació té l'objectiu de millorar l'atenció al ciutadà i que els professionals se sentin reconeguts i satisfets**

## Especialitats suficients o insuficients

*La història de la Medicina ha evolucionat d'acord amb els nous coneixements i les noves tècniques. En el moment actual, els professionals es plantegen si és necessari ampliar les especialitats o si les existents ja són suficients. Els Drs. Peñascal, Pedra, Torres i Deniel i la Dra. Abadías expressen les seves opinions.*

### Especialitats del segle XX i metges del segle XXI

El desenvolupament de les competències dels professionals de la Medicina ha seguit històricament l'estela de les novetats del coneixement, els resultats de la recerca i les necessitats de la població, sense

oblidar una relació, molts cops antagònica, amb un mercat d'orientació prioritàriament economicista, que ha provocat, i encara ho està fent, disjuntives èticament molt complexes.

Des de la visió passada d'una formació clàssica i un model de treball absolutament polivalent (els anomenats metges generalistes), que estaven sustentats pel saber de cada època i el tipus contractual de la societat del moment, fins a l'actual,

amb una aparició constant de nous coneixements i recursos tecnològics, els metges i les metgesses ens hem anat organitzant en una mena de gremis anomenats especialitats, i que molts cops han estat excoients.

Des de les faixes per a les hèrnie que s'oferien a la premsa de començament del segle XX fins als grans descobriments actuals i les inesgotables ofertes presentades des de l'infinit inabastable d'Internet, l'oferta relacionada amb els problemes de la salut s'ha anat modificant de forma substancial i s'ha vist alterada en moltes ocasions per poder respondre a les necessitats del mercat i a les modes temporals, que apareixen com a conseqüència de l'impacte mediàtic, polític i generacional. Això ha comportat una evolució paral·lela en l'organització de les especialitats de la Medicina.

De ben segur que el ritme actual de canvis en els coneixements porten a la necessitat de noves habilitats i a l'evolució dels propis valors, i ens convida a reflexionar sobre la necessitat de modificar els diferents models existents dins de la professió, replantejant la implicació de la mateixa societat en el finançament, la gestió dels serveis, el tipus de vinculació contractual i el de desenvolupament dels professionals.





Cal remodelar les competències que ofereix cada àrea de coneixement de la Medicina, anomenada especialitat. Però ens hem de preguntar, s'han de reagrupar noves i velles habilitats i coneixements en altres camps amb una pròpia identitat? Volem facilitar la capacitat d'elecció dels mateixos pacients? Ho creien necessari per respondre a les demandes d'un mercat cada cop més competitiu (la sostenibilitat podria ser només un altre argument per afegir el concepte *benefici* al paradigma de la salut), sempre garantint l'equitat i la justícia per a qualsevol ciutadà del nostre món?

El perfil actual de pacient pluripatològic amb diferents demandes i molts cops encavalcades, una oferta tecnològica i farmacològica d'incabable l'abast i un espectre preventiu mai vist, conjuntament amb l'augment de l'esperança de vida, la presència cada cop més elevada dels déficits cognitius, nombroses mancances funcionals que porten a la dependència i el canvi de paradigma de les famílies, en un entorn que va eliminant gradualment l'estat del benestar, ens porta a reflexionar el gran pes que la capacitat adquisitiva està assolint en la presa de decisions dels metges, i que queda supeditada en ocasions a l'eficiència del sistema sanitari, els beneficis de les asseguradores i de la indústria relacionada amb l'atenció sanitària.

El metges i les metgesses hauran de tenir un gran bagatge comunicatiu i una alta capacitat d'emfatitzar de forma efectiva (no només teoritzada en cursos i en avaluacions formatives), una orientació real per treballar amb una vocació interdisciplinària, hauran d'estar centrats en les decisions compartides amb els pacients amb una destresa assegurada, mantinguda i certificada de les habilitats necessàries i alhora concordants amb el perfil dels pacients que atendran. Hauran de ser conseqüents amb el model de contracte social, oferir una alta capacitat resolutiva en un curt termini i ser capaços de resoldre una part molt important dels problemes de salut que presenti el seu pacient.

Professionals amb una visió i un model de treball cada cop més holístic, amb diferents experteses, que dependran de les necessitats personals, del mateix sistema sanitari i de l'oferta del mercat laboral.

Per aconseguir-ho, estudiants, llicenciats o masteritzats exigiran un sistema formatiu conseqüent, amb unes inversions públiques adients

i una transparent, justa i equitativa relació amb les diferents oportunitats privades que aniran apareixent. Els centres sanitaris hauran de reorientar els seus dispositius docents i prioritzar de manera especial els formadors, tot promocionant un creixement dels professionals que faciliti el seu desenvolupament fins al final de la seva vida laboral i la supervivència dels mateixos centres.

Si compartim el coneixement en cada cop més especialitats, establim la necessitat que nombrosos professionals participin en l'atenció d'un mateix procés, amb grans habilitats, però d'un petit espectre, moltes transicions, sistemes d'informació alhora que compartits complexos i subjectes a múltiples especulacions, amb més riscos per a la seguretat del pacient.

La troncalitat serà la primera oportunitat per virar en aquesta nova orientació. Tenim l'ocasió d'anar modelant els formants i els formadors en aquest sentit cap a un model de metge que aprofitarà sense dubte el ciutadà a un sistema de salut i sanitari de qualitat, eficiència i equitat.

Amb l'oportunitat que donarà la reconstrucció de la major part dels

programes de la formació sanitària especialitzada, referents a les especialitats actuals, redefinint-ne el marc competencial, alhora que aprofitant l'aparició de les àrees de capacitació específica (ACE) i donant tot el suport a la formació troncal, fins i tot des dels mateixos estudis de grau, es podrà aconseguir formar professionals de la salut que compleixin els requisits que la societat ja està demanant i generar propostes suficients per al seu desenvolupament futur.

Potser aleshores el debat si calen noves o velles especialitats, si són necessàries fusions o ampliacions, o simplement si en calen més o no, quedarà en un altre pla, en un altre segle passat o cap a un altre paradigma.

*"Me podría decir cual es el camino que debo seguir?" –preguntó Alicia.*

*"Eso depende donde quieras ir" –respondió el Gato.*

*"Es que no se dónde quiero ir" –contesto Alicia*

*"Entonces da igual el camino que escojas" –respondió el Gato"*

*Lewis Carrol*

## Els centres sanitaris hauran de reorientar els seus dispositius docents i prioritzar de manera especial els formadors

**Eduard Peñascol Pujol**

Cap d'Estudis UD Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària  
Professors associat Facultat de Medicina de la UdL

### Especialitat en Psiquiatria de la Infància i l'Adolescència

La Psiquiatria és una de les especialitats més joves, i actualment està aconseguint un acceptable desenvolupament, tant en l'àmbit ambulatori com hospitalari i en recursos intermedis. La salut mental ve molt determinada per les experiències dels primers anys de vida, i emmalaltir psíquicament en

aquestes etapes de la vida està molt relacionat amb l'entorn familiar, i s'ha d'abordar de forma complexa i multifactorial, amb coneixements i actituds específiques i concretes per a aquestes edats.

La Constitució espanyola de 1978 recull, en l'article 39, apartat 4: "Los niños gozarán de las protecciones previstas en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos." I en l'article 49: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos."

L'any 1989, l'ONU aprova els Drets dels Infants, i dos d'aquests, reconeguts pel Parlament espanyol

el 1990, estan relacionats amb els nens: "La infancia tiene que ser atendida en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales por profesionales cualificados especialmente para esta etapa de la vida." L'altre dret que cal ressaltar és: "La infancia tiene el derecho a ser atendida en lugares apropiados para ellos/as."

Actualment a Espanya els trastorns mentals afecten un milió de nens i adolescents. Aquestes xifres suggereixen que un de cada 8 menors de 18 anys presenta patologia mental i un de cada 5 pot patir fins als 18 anys problemes emocionals o de conducta. Els trastorns més comuns són els d'ansietat, depressió (el suïcidi és la segona causa de mort en la població infantil), TDAH, TOC, bipolars, psicòtics, trastorns de l'espectre autista i patologia mental en els discapacitats.

Davant aquest panorama, la situació de l'atenció psíquica del menor a Espanya és:

- Es troba englobada tant en el context de la Pediatria com en el de la Psiquiatria
  - No es pot prestar una atenció a nens i adolescents homogeneïtzada en totes les comunitats autònomes
  - Inexistència de formació i titulació específica en el camp de la psiquiatria de la infància i l'adolescència
  - Escassetat de professionals formats en aquest camp
  - Manca de llocs acreditats per a la formació
  - Per obtenir el títol de Psiquiatra General, els MIR passen pels serveis d'infantil quatre mesos durant l'especialització
  - Greuge comparatiu amb altres professionals de la resta dels països de la CEE, perquè si es convoquen places de Psiquiatria Infantil, els professionals espanyols no poden optar-hi, llevat que hagin obtingut el títol fora d'Espanya
  - Escassetat d'unitats docents de Psiquiatria Infantil quan a Itàlia existeixen 14 càtedres, a Alemanya 19 i a França 28
- Hi ha uns principis bàsics que justificarien l'especialització, com ara:
- La psicopatologia i clínica de la infància i adolescència és diferent a la que es produeix en la vida adulta
  - Les formes d'intervenció són específiques i complexes, i en cap moment no tenen perquè ser adaptacions de les tècniques



- emprades amb els adults
- Major dificultat d'elecció terapèutica en aquestes etapes
- És dels pocs països de la CEE que no té reconeguda l'especialitat
- Com més tard es diagnostica el trastorn, més mal pronòstic tindrà, amb les conseqüències a curt o a llarg termini d'un augment de la vulnerabilitat, així com de la morbiditat i mortalitat (el suïcidi és la tercera causa de mort entre els joves, i la depressió, la psicosis i els trastorns derivats pels tòxics són la principal causa de discapacitat entre els joves)
- Pèrdua de productivitat econòmica i augment dels costos sanitaris
- La detecció precoç dels trastorns mentals suposa un estalvi en patiment i en costos econòmics

Després de 6 anys de treball per part d'associacions científiques, institucions i professionals i de la recollida de 110.000 signatures, el 25 de juliol del 2014 el Consell de Ministres, a petició del Ministeri de Sanitat, va aprovar el reial decret de troncalitat que regula les especialitats mèdiques contemplant la nova creació de l'especialitat de Psiquiatria del Nen i Adolescent

La formació en règim de residència s'estructura en dos cicles: un de troncal, en què s'adquireixen els coneixements comuns a les especialitats del mateix tronc, i un d'específic, en què s'adquireixen els coneixements de l'especialitat.

L'elecció de la plaça i la unitat troncal es realitzarà una vegada superada la prova d'accés, que anualment convoca el Ministeri de Sanitat, i una vegada superada l'avaluació del període troncal els residents elegiran especialitat i unitat docent oferta.

Els professionals que treballin o hagin treballat en serveis del sistema sanitari podran obtenir una nova titulació d'especialista en una altra especialitat del mateix tronc. En aquest cas, els aspirants cal que hagin realitzat només el programa formatiu corresponent a l'especialitat i en quedaran ixents el primer cicle. Per poder-ho fer, s'exigirà una experiència d'almenys 5 anys d'exercici professional.

En el termini de dos anys, es publicaran al BOE els programes formatius de les especialitats adscrites al període troncal i es determinaran les competències que cal adquirir en aquest període i en l'específic,

així com els criteris d'avaluació i els requisits d'acreditació de les unitats docents per fer les troncal i l'especialitat.

Una vegada aprovats els requisits d'acreditació, les comunitats autònomes procediran, en el termini de 12 mesos, a l'adaptació de les actuals estructures docents en estructures de caràcter troncal i en unitats de formació especialitzada.

El Ministeri de Sanitat, després d'acreditar les unitats docents, determinarà la convocatòria anual, en què s'inclouran places de formació especialitzada de caràcter troncal.

Considero que el compromís amb la Psiquiatria Infantil ha d'anar més enllà i fer que els diferents professionals des dels diferents àmbits de treball amb menors i llurs famílies (psicòlegs, educadors, diplomats d'infermeria) han de tenir la formació necessària per fomentar actuacions de tipus preventiu i de promoció de salut mitjançant programes que es poguessin incorporar a la formació de postgrau, a fi d'evitar els sobrediagnòstics, la medicalització i la psicologització de conductes no patològiques amb les conseqüents seqüeles estigmatitzants.

**Àngel Pedra Camats**  
Psiquiatre

Coordinador de la Unitat de Referència de Psiquiatria Infantil de l'Hospital Santa Maria

## ¿Y me preguntan a mí por qué hace falta una especialidad de Urgencias?

Trabajo en ellas desde hace 15 años, y desde hace más de 3 soy responsable del Servicio de Urgencias, y sí, han leído bien, por fin Servicio de Urgencias, algo que Catalunya ha desbloqueado recientemente en un guiño a nuestra ansiada especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE). A pesar de comportarnos como un servicio más dentro de la estructura hospitalaria, hasta hace unos meses éramos un lugar, zona, o vulgarmente llamados puertas.

Los Servicios de Urgencias son una realidad del sistema sanitario, dan una asistencia de calidad, y así se desprende de las encuestas realizadas, en las que se considera a las Urgencias uno de los mejores servicios sanitarios.

¿Por qué debemos ser una especialidad? Porque nuestro compromiso con la sociedad es de excelencia, y esta excelencia solo se consigue con un cuerpo doctrinal homogéneo para todo el mundo que trabaje en un Servicio de Urgencias. Debemos asegurar a nuestros ciudadanos que cualquier profesional en cualquier lugar donde se produzca una urgencia, y no solo hablo de la hospitalaria, sino que no quiero olvidar a los compañeros de la extrahospitalaria, deben ser capaces de llevarla a cabo con las garantías que a cualquier otro especialista les brinda su formación reglada.

Es fundamental para la seguridad de los pacientes que la formación sea homogénea y contemple todas las realidades que actualmente tiene la Medicina de Urgencias. Es la única forma de dar repuesta a la demanda actual con calidad, poder establecer indicadores y compararlos no solo entre nosotros, sino con otros países europeos donde está implantada la especialidad. De hecho, desde nuestra sociedad

científica SEMES pensamos que la propia Administración debería obligar a acreditar los Servicios de Urgencias como garantía hacia sus ciudadanos.

El informe del propio Ministerio de Sanidad del año 2012 resume que los Servicios de Urgencias realizaron 25 millones de altas médicas entre servicios públicos y privados, es decir, que uno de cada dos españoles pasa por estos servicios en el transcurso del año, y el 66% de los ingresos hospitalarios proceden de las Urgencias y Emergencias.

Tradicionalmente, Urgencias ha sido el lugar de salida laboral para otras especialidades, lo que ha provocado la heterogeneidad

en la formación de la cual hablo al principio. Actualmente conviven especialistas de Familia con Internistas, Intensivistas, Cirujanos, Traumatólogos, etc. Muchos de ellos entraron a formar parte de las plantillas de Urgencias como paso previo a poder acceder a sus especialidades. No quiero explicarles qué supone, como gestor, intentar cubrir las bajas que se producen en el servicio. Tu primera duda es si la persona que tienes frente a ti será capaz de dar respuesta a lo que en un Servicio de Urgencias pasa cada día, de la polivalencia necesaria para que podamos asumir nuestro día a día. Hasta ahora, los diferentes profesionales que estamos en los Servicios de Urgencias hemos tenido que completar la formación,

que ahora exigimos como especialidad, con diferentes posgrados o másters. Tal vez esto sea la "caja de pandora" que se cierra si se afianza una especialidad.

Desde SEMES, se ha alertado en diferentes ocasiones, y a lo largo de los últimos 10 años, del peligro que supone para los pacientes tener más de 8.500 profesionales sanitarios atendiendo a 25 millones de usuarios al año sin una titulación específica. Por este motivo, SEMES ha formalizado recientemente una demanda contra la troncalidad que plantea el Ministerio de Sanidad, en la que se considera a Urgencias una ACE (Área de Capacitación Específica) y no una especialidad, como ocurre en nuestro entorno europeo más próximo.

Así, ha anunciado que demanda ante el Tribunal Supremo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por el Real Decreto 639/2014, de 25 julio de 2014.

**Dra. M<sup>a</sup> José Abadías Medrano**  
Jefa del Servicio de Urgencias  
Hospital Universitario  
Arnau de Vilanova  
Gerencia Territorial Lleida-Alt Pirineu

*El compromiso de Urgencias con la sociedad es de excelencia, y solo se consigue con un cuerpo doctrinal homogéneo*



## No por crear más titulaciones tendremos mejores profesionales

La cuestión referente a la creación de nuevas especialidades médicas siempre debe ser tratada con delicadeza ante la posibilidad, en absoluto descartable, de herir susceptibilidades. Voy a intentarlo, pidiendo perdón de antemano por si alguien se siente ofendido. Esta vez, en la cabecera de salida, el debate esta abierto para la Medicina de Urgencias y la Infectología.

La primera pregunta que me planteo ante la creación de nuevas especialidades es si con ello nuestros pacientes van a ser o no mejor atendidos. Analizando y contrastando la experiencia de otros países de nuestro entorno, no parece que parcelar conocimiento y titular más se haya demostrado una mejoría en el nivel de la asistencia. Lejos de ello, parece que esto último depende de otros aspectos.

La segunda puntualización surge cuando nos preguntamos si el papel, el título en este caso, hace al profesional. En relación a esto

siempre he pensado que la profesionalidad depende esencialmente de un cóctel que une, por un lado, a la voluntad individual de aprender y mejorar y, por otro, a una dosis de amor propio que se plasma en intentar hacer las cosas lo mejor posible. No parece, por tanto, una cuestión de títulos, pues todos sabemos que hay médicos titulados poco profesionales y excelentes profesionales a los que solo les falta el reconocimiento de un título.

Profundizando en aspectos concretos relacionados con las dos potenciales especialidades, cabe decir que la situación respecto al interés en la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y de Infectología no es exactamente la misma.

En los servicios de Urgencias hospitalarios trabajan médicos con diferentes especialidades y formaciones de base. En lo que respecta al área médica, que es la que yo conozco, podemos encontrar por un lado internistas, médicos de familia, intensivistas, pediatras o generalistas y, por otro, especialistas de otros ámbitos (cardiología, neumología, oncología, neurología, nefrología y un largo etcétera). Estos últimos, excepto en situaciones concretas que dependen de las necesidades

crédito de su buena preparación, con su voluntad de aprender y de hacer bien las cosas en el día a día. Es por ello que pienso que lo que necesitamos es una evaluación de capacitación a la que pueda accederse desde muchas puertas de entrada. Una capacitación que sea un plus que refleje una profesionalidad como antes la definimos y que no acote nada.

En lo que respecta a la Infectología, la situación es diferente. De la Medicina Interna nacieron en el curso de muchos años multitud de especialidades médicas (cardiología, neumología, neurología, digestivo, nefrología, endocrinología, oncología, etc). Ello fue motivado por el volumen de conocimientos adquiridos en el progreso de la medicina, así como por la necesidad de disponer de profesionales que dominaran la avalancha de técnicas diagnósticas y terapéuticas que se iban desarrollando en cada campo.

La gran mayoría de especialidades citadas están ligadas a un órgano o sistema. A la Medicina Interna le quedaron tres áreas temáticas, las enfermedades sistémicas o autoinmunes, los factores de riesgo cardiovascular y la infectología. Curiosamente, estas tres áreas tienen algo en común, no están liga-



### En mi opinión parece lógico que la titulación de Infectología puede ser suficiente creando un área de capacitación

laborales, suelen desempeñar funciones muy de acuerdo a su especialidad y formación.

En todo caso, el colectivo es heterogéneo y, muchas veces, formado por especialistas cuya titulación de entrada no estaba pensada ni orientada a tal fin, tal es el caso de los médicos de familia. Es normal entender que en esta situación algunos profesionales no se sientan legitimados para desarrollar un trabajo, porque su titulación podría no estar de entrada orientada o no ser el destino profesional preferencial. Fruto de este sentimiento puede surgir la necesidad de establecer una titulación específica de Urgencias para legitimarse.

No debería de ser así. Lo que necesitamos en Urgencias no es gente adecuadamente titulada, sino buenos profesionales que den

das a un órgano o sistema concreto y requieren un conocimiento relativamente amplio del funcionamiento y manejo de diferentes órganos y sistemas. Quizá este sea el motivo de que hayan permanecido dentro de lo que hoy conocemos como medicina interna. A esta, en los últimos años, se está recurriendo para el manejo de una verdadera avalancha de enfermos que tienen múltiples patologías crónicas de órganos o sistemas que solo un médico con este perfil parece poder manejar (son los enfermos multimórbidos o pluripatológicos). Este último hecho ha hecho resurgir el interés de los sistemas sanitarios por esta especialidad.

Me pregunto, por tanto, siendo este el panorama, y volviendo a cuestiones anteriormente planteadas, si para mejorar la asistencia

o el nivel profesional cabe parcelar más creando la titulación de Infectología como una especialidad aparte o, por el contrario, vuelve a ser suficiente con un área de capacitación. En mi humilde opinión, parece lógico pensar nuevamente en lo segundo.

**Dr. Gerard Torres Cortada**  
Àrea de Capacitació  
d'Urgències i Emergències

### Urgències i Emergències

La creació de l'especialitat d'Urgències i Emergències ha estat un tema de debat que s'arrossega des de fa temps en el col·lectiu de metges, que ha obligat diverses societats científiques a posicionar-se sobre aquest tema. La Sociedad

Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) i la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), que totes juntes representen més de 40.000 professionals, han mostrat el seu suport perquè les Urgències i Emergències siguin una Àrea de Capacitació Específica. En consonància amb les manifestacions de suport de les esmentades societats científiques, el *Boletín Oficial del Estado* publica el Reial Decret 639/2014, de 25 de juliol, pel qual es regula la troncalitat, la reespecialització troncal i les àrees de capacitació específica. El decret reconeix les Urgències i Emergències com a

Àrea de Capacitació Específica, a la qual poden accedir els especialistes de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Medicina Familiar i Comunitària i Anestesiologia i Reanimació. Aquest fet ha reactivat en la comunitat mèdica el debat sobre la conveniència o no de crear més especialitats mèdiques, la qual cosa ha despertat en algun col·lectiu el rebuig que les Urgències i Emergències siguin una Àrea de Capacitació Específica i defensin que sigui una especialitat.

L'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, així com les altres especialitats que tenen accés a l'Àrea de Capacitació Específica d'Urgències i Emergències, contemplin en els seus programes de formació sanitària especialitzada l'àrea de coneixements i habilitats pròpies de l'Atenció a les Urgències i Emergències, la qual cosa els

capacita per a l'obtenció del diploma de l'Àrea de Capacitació Específica d'Urgències i Emergències. La majoria dels metges que treballen actualment als serveis d'Urgències del Sistema Nacional de Salut són metges de família, intensivistes i internistes perfectament formats i qualificats, gairebé tots per la via MIR, la qual cosa els fa competents per exercir aquesta Àrea de Capacitació Específica i, per tant, no justifica la creació d'una nova especialitat. També cal prendre en consideració que les enquestes realitzades mostren que el ciutadà està satisfet amb la qualitat de l'atenció rebuda en els actuals serveis d'urgències.

Perquè una àrea de la medicina es consideri especialitat hi han de coincidir quatre premisses:

- Camp d'actuació diferenciat
- Cos de coneixement propi

- Paradigma d'actuació
- Orientació específica

A l'anàlisi de la Medicina d'Urgències i Emergències sota aquests quatre conceptes ens trobem que l'atenció a les Urgències i Emergències està present en tots els camps d'actuació o nivells del sistema sanitari (Atenció Primària, Emergències, Urgències Hospitalàries i diverses especialitats). Les Urgències i Emergències no disposen d'un cos de coneixements exclusiu, sinó bàsicament transversal, i consten d'un paradigma d'actuació i d'una orientació específica compartida amb altres especialitats. La creació d'una especialitat que disposi d'un extens marc de camps d'actuació pot arribar a interferir en el funcionament dels serveis sanitaris.

Els sistemes sanitaris s'han d'adaptar als nous canvis demogràfics. L'envelliment de la població i l'increment de la patologia crònica han de reforçar l'atenció contínua i integral del pacient crònic per evitar que els pacients hagin d'anar als serveis d'Urgències, la qual cosa justifica que la política sanitària inverteixi més en l'atenció al pacient crònic i menys en els serveis d'Urgències, atesa l'esperada disminució en la utilització d'aquests serveis. Aquesta situació comportarà que les necessitats de metges per als serveis d'urgències es redueixin en un futur.

L'Estat espanyol té reconegudes 49 especialitats, mentre que la mitjana en els països europeus és de 30, situació que fa que l'Estat espanyol sigui el país europeu amb més especialitats mèdiques reconegudes; a més, la tendència mundial és contrària a augmentar el nombre d'especialitats. Per tant, la incorporació d'Àrees de Capacitació Específica, on els metges puguin demostrar que són experts en una àrea concreta, hi té cabuda sense la necessitat de crear una nova especialitat. França i Alemanya no reconeixen la Medicina d'Urgències com a una especialitat mèdica independent, sense que això hagi comportat una reducció dels nivells de qualitat assistencial.

La creació de l'especialitat d'Urgències i Emergències produiria tres tipus de professionals per a un únic marc d'atenció sanitària: especialistes en Urgències i Emergències, altres especialistes i metges sense especialitat; aquests dos últims ja estan treballant actualment en els Serveis d'Urgències. L'existència

d'una especialitat en una àrea tan concreta permet poca mobilitat i canvi del lloc de treball. També cal tenir en compte que molts metges, a partir de certa edat, opten per l'exempció de guàrdies, dret que no se'ls podria negar a aquests especialistes, però que amb aquesta titulació tindrien un futur incert perquè no disposarien d'altres sortides laborals.

La major part dels metges que estan exercint als Serveis d'Urgències Hospitalaris i d'Atenció Continuada estan en possessió d'una especialitat mèdica i podrien optar, si ho desitgen, a l'Àrea de Capacitació Específica d'Urgències i Emergències. Es tracta d'un col·lectiu jove que no té com a destinació final aquest lloc de treball.

En conclusió, l'existència d'especialitats mèdiques (Medicina Familiar i Comunitària, Anestesiologia i Reanimació, Medicina Interna i Medicina Intensiva) que contenen en el seu programa docent l'Àrea d'Urgències i Emergències, la satisfacció percebuda pels ciutadans atesos per serveis d'Urgències on actualment hi ha professionals en exercici d'aquestes especialitats mèdiques, l'anàlisi dels quatre conceptes que ha de posseir una especialitat, la necessitat de posar en funcionament programes d'atenció al pacient crònic, el nombre elevat d'especialitats reconegudes a l'Estat espanyol respecte a la resta d'Europa, els problemes laborals i de mobilitat que produiria la creació

d'aquesta especialitat; juntament amb els posicionaments de diverses societats científiques que apleguen un nombre elevat de professionals i el suport, també, de la Federació de Asociaciones Científico Médicas de España (FACME), que reuneix totes les societats científiques mèdiques amb especialitat, i del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; valden la instauració de l'Àrea de Capacitació Específica d'Urgències i Emergències, on els metges puguin demostrar la seva expertesa sense la necessitat de crear noves especialitats.

**Dr. Joan Deniel i Rosanas**

Secretari de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)  
Vocal de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria

#### BIBLIOGRAFIA

- SEMFC. Casi 30 razones para decir NO a la especialidad de urgencias. De la Iglesia F. ¿Nuevas especialidades médicas? ¡No, gracias! Galicia Clin 2011; 72: 48-49.
- Editorial semFC. Especialistas en medicina de familia de urgencias. Aten Primaria 2011; 43: 217-219.
- Editorial semFC. Medicina de familia y medicina de urgencias: seguimos juntos. Aten Primaria 2006; 38: 247-249.
- Mesas XXV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria. Médico de urgencias: médico de familia, área de capacitación o nueva especialidad. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 1): 17-23.



## Sobre el propofol i altres anestèsics

L'edició de *Diario Médico* del dia 4 de novembre del 2014 informa que l'estat de Missouri, un dels que formen els EUA, des de fa algun temps no pot aplicar la pena de mort perquè no disposa de productes anestèsics i, per tant, ha hagut de suspendre *sine die* l'execució d'un condemnat.

Notícia sorprenent si tenim en compte que els EUA són la primera (o la segona, tant és) potència mundial i que se suposa que tenen a l'abast tots els productes disponibles. Però es veu que amb això no n'hi ha prou, i la combinació de diversos factors ha determinat que l'estat de Missouri es trobi en una situació que gairebé limita amb el ridícul més absolut.

Comencem pel principi. Hi ha moltes maneres de treure la vida a una persona, i els diferents estats, fent ús del seu poder, han institucionalitzat i regulat minuciosament l'execució de la pena de mort que, afortunadament, desapareix a poc a poc en els ordenaments jurídics. Alguns han aplicat amb aquesta finalitat aparells més o menys complexos i sofisticats, com ara la famosa guillotina a França o el garrot vil entre nosaltres (a les primeres pàgines d'*El verdugo atable*, de Ramón J. Sender, en podeu trobar una detallada descripció de com funciona). En altres llocs s'ha utilitzat la forca, popularitzada a les pel·lícules de l'Oest, sense parlar del sempre efectiu recurs de l'afusellament, que ha estat i és la forma habitual emprada en l'àmbit militar.

Però es veu que a Missouri executen la pena de mort mitjançant l'aplicació d'una injecció al condemnat. El sistema comporta, en realitat, l'aplicació de tres injeccions. La primera és un anestèsic per sedar i calmar el condemnat a perdre la vida; la segona, un relaxant muscular, i la tercera i definitiva, consisteix en l'aplicació de clorur de potassa, que té l'efecte d'aturar el cor i llevar-li la vida.

Per aplicar la pena de mort, Missouri utilitzava com a anestèsic el propofol (que ha agafat notorietat després de la mort del cantant Michael Jackson), però resulta que el fabricant del producte és una empresa alemanya que, com és lògic, ha de complir, en primer lloc, les lleis i altres normes del seu país, Alemanya, que, al seu torn, està



Una empresa d'Alemanya fabrica el propofol

### El Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans prohibeix la pena de mort

vinculada pels tractats que han configurat la Unió Europea (28 estats) i el Consell d'Europa (47 estats), que imposen el respecte de la vida humana.

En aquesta situació, resulta que el Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i els seus protocols complementaris prohibeixen expressament l'aplicació de la pena de mort en qualsevol circumstància, i a partir d'aquí els estats europeus no permeten, per cap motiu, que els seus productes serveixin en procediments de tortura ni per aplicar la pena de mort.

I ja tenim el problema plantejat. El fabricant alemany es nega a vendre propofol a l'estat de Missouri per executar els condemnats a mort i, llavors, l'estat recorre al tiopental sòdic, però al cap d'un temps el fabricant americà el treu del seu catàleg de productes i només pot comprar-lo a un fabricant italià, i així torna a aparèixer el mateix problema. No pot ser subministrat per aplicar-lo als condemnats a mort, i el 2009 Missouri decideix utilitzar el pentobarbital com a sedant, però quan s'acaba cal comprar-lo al seu fabricant, que és a Dinamarca, i l'estat nord-americà torna a topiar amb el mateix

problema.

En definitiva, després de recórrer tot el mercat i de comprovar que altres anestèsics, com el midazolam, no són prou fiables, veiem que a Missouri no disposen dels productes necessaris per aplicar la pena de mort, i el Sr. Allan Nicklasson, que havia de perdre la vida en compliment d'una sentència el 23 d'octubre passat, continua vivint i esperant que el futur topi amb un revolt desconegut que li permeti allargar-la molts anys, cosa que li desitja de tot cor.

Aquesta història, mes enllà de l'anècdota, ens palesa la transcendència dels tractats internacionals sobre protecció dels drets humans, malgrat que no ho sembli a primera vista, així com la força de les vinculacions que lliguen, els uns amb els altres, els estats europeus, especialment quan hi ha voluntat de complir-los.

Europa, que ara ens sembla poc acreditada i poc reconeguda, només amb la decidida voluntat de protegir la vida humana a partir del Conveni per a la Protecció dels Drets Humans signat el novembre de 1950, ha fet possible que en un dels estats que conformen els totpoterosos EUA no pugui aplicar la pena de mort. I així, sense fer gaire soroll, les normes i els principis europeus sobre protecció de la vida han traspassat l'Atlàntic i fan sentir els seus efectes al costat del Mississipi.

Encara que sembli estrany, les normes europees condicionen l'actuació d'un estat del EUA. Qui ho havia de dir.

**Josep Corbella i Duch**  
Advocat

# Tractament actual del virus de l'hepatitis C

## Epidemiologia de la infecció pel VHC

### Prevalença, incidència i mortalitat

La infecció crònica pel virus de l'hepatitis C (VHC) constitueix un problema de salut pública a escala mundial. Les darreres dades publicades per l'OMS xifren la prevalença global de la infecció en 170-185 milions de persones<sup>1</sup> i la incidència és de 3-4 milions de casos nous per any<sup>2</sup>. Tanmateix, l'OMS estima que el nombre de morts per malaltia hepàtica associada al VHC oscil·la entre 350.000 i 500.000 cada any.

Pel que fa a Espanya, la prevalença d'anticossos davant el VHC se situa entre l'1 i el 2,6%, però com que d'aquests —virèmics (ARN-VHC +)— en són un 70%, podem dir que la prevalença d'infecció activa pel VHC a Espanya és entre l'1-1,5%, xifra que suposa un nombre de persones infectades entre 500.000 i 750.000, de les quals un 75% tenen entre 35 i 65 anys. Pel que fa a la incidència de noves infeccions, se n'ha observat una reducció progressiva: des de 6,8 casos per 100.000 habitants l'any 1997 fins a 2,3 el 2003, canvi que es pot atribuir a la reducció en el consum de drogues via parenteral i als programes d'intercanvi de xeringues, així com a la gairebé total eliminació de les hepatitis posttransfusionals<sup>3</sup>.

Un problema important, però, és que el percentatge estimat de persones infectades pel VHC que tenim diagnosticades solament és el 30-40% i el percentatge de pacients infectats tractats per any volta tan sols el 2%<sup>4</sup>. Això fa que, malgrat la reducció en 2/3 dels nous casos d'hepatitis C a Espanya, sigui previsible observar —en un futur proper— un augment en el nombre de pacients amb malaltia hepàtica avançada, ja que és molt probable que molts casos fins ara no diagnosticats debutin amb alguna complicació de la malaltia.

### Previsions per a un futur proper

A Espanya, la infecció crònica pel VHC constitueix la primera causa de cirrosi hepàtica i la malaltia hepàtica per VHC és responsable del 40-50% dels trasplantaments hepàtics i del 55-70% dels casos de carcinoma hepatocel·lular.

Si tenim en compte que la infecció pel VHC es cronifica en un 75% dels casos, que el desenvolupament de malaltia hepàtica avançada acostuma a succeir després de vint anys de la infecció i que a Espanya la major

La prevalença d'infecció activa pel VHC a Espanya és entre l'1-1,5%

El nombre de persones afectades se situa entre 500.000 i 750.000, de les quals un 75% tenen entre 35 i 65 anys

La incidència de noves infeccions s'ha reduït

part de pacients es van infectar entre 1950 i 1980, es preveu, per al 2030, un increment del 60% en el nombre de pacients amb cirrosi descompensada, del 40-50% en el nombre de trasplantaments hepàtics, del 105% en el nombre de malalts amb carcinoma hepatocel·lular i un augment en la taxa de mortalitat a gairebé el doble de l'actual.

### Genotipus del VHC

Hi ha sis genotipus del VHC i més de trenta subtipus, que mostren variacions quant a distribució geogràfica, patogenicitat, pronòstic i resposta al tractament. A Espanya, el genotipus més freqüent és l'1, seguit del 3, el 4, el 2 i el 5 (figura 1). A més a més, dins del genotipus 1, el subtipus més freqüent en el nostre medi és l'1b, amb

una prevalença lleugerament superior al 40%, si bé en els darrers anys s'està observant un increment en la prevalença dels genotipus 1a i 4.

Els pacients amb genotipus 1 eren els que presentaven una resposta pitjor al tractament antiviral quan empràvem interferó pegilat alfa i ribavirina, però amb la introducció dels nous antivirals d'acció directa (AAD) això està canviant.

### Distribució per grau de fibrosi hepàtica

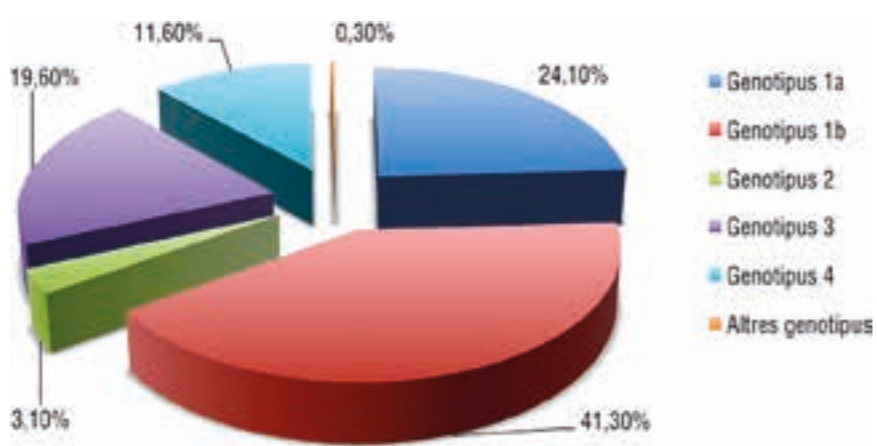
A Espanya, i segons dades facilitades enguany per les comunitats autònomes, més de la meitat dels pacients amb hepatopatia per VHC tenen fibrosi significativa (F2-F4) (figura 2).

### Tractament del VHC

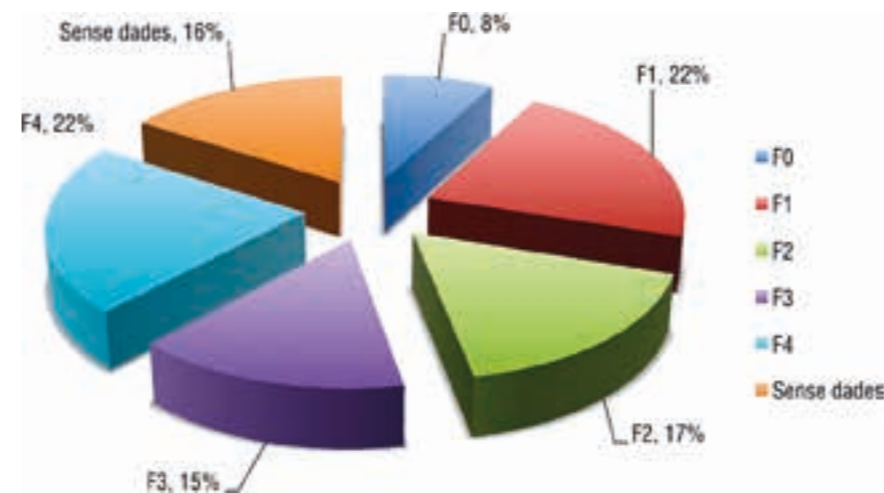
#### A qui s'ha de tractar?

Aconseguir resposta viral sostinguda (RVS), que és equivalent a curació, canvia de manera radical la història natural de l'hepatopatia crònica C, de manera que la progressió de la fibrosi s'atura en la majoria de pacients, i en molts d'ells reverteix, es redueix marcadament la incidència de complicacions hepàtiques i també minva clarament la mortalitat associada amb l'hepatopatia i amb les complicacions extrahepàtiques de la infecció pel VHC<sup>5</sup>. Per tant, i com que amb l'arribada dels nous AAD estem assolint taxes de RVS superiors al 90%, qualsevol malalt amb malaltia hepàtica relacionada amb el VHC s'hauria de considerar candidat a tractament, tant aquells monoinfectats com aquells coinfectats VIH/VHC. No obstant això, les actuals limitacions en els recursos disponibles i l'elevat cost dels fàrmacs dificulten l'accés al tractament de tots els pacients. D'altra banda, no s'ha d'oblidar la sobrecàrrega assistencial que suposaria per als hepatòlegs el tractament, a curt termini, d'un nombre molt elevat de pacients i que s'ha estimat en 170 teràpies per any i per hepatòleg si es tractessin 100.000 pacients a l'any<sup>7</sup>.

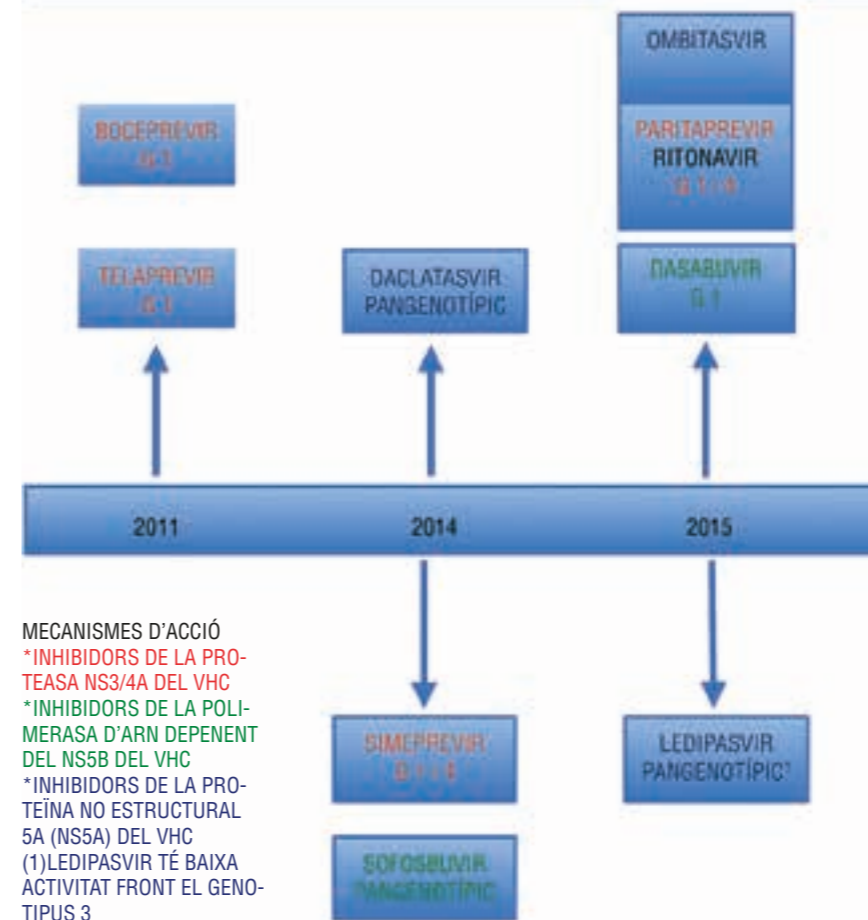
**Figura 1: Prevalença de genotipus del VHC a Espanya**  
Extret i modificat d'Echevarría JM et al.<sup>5</sup>



**Figura 2. Distribució per grau de fibrosi hepàtica.**  
Pla Estratègic per a l'Abordatge de l'Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salut. Secretaria General de Sanitat i Consum. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Febrer 2015



**Figura 3. ANTIVIRALS D'ACCIÓ DIRECTA**



Així doncs, mentre es mantinguin les circumstàncies actuals, el tractament s'hauria de prioritzar en poblacions específiques, que obtinguin un major benefici a curt termini o tinguin un major impacte en la transmissió del VHC. L'estratificació dels pacients per iniciar tractament hauria de fer-se

determinant el grau de fibrosi hepàtica i identificant els pacients amb fibrosi avançada (F3 i F4), ja que influeix de manera rellevant el pronòstic<sup>8</sup>, el tractament i el seguiment. Preferiblement, la fibrosi es valorarà amb tècniques no invasives, com l'elastografia i/o marcadors sèrics.

### Quins pacients haurien de ser prioritaris?

Els pacients amb fibrosi avançada (F3), cirrosi hepàtica (F4), en llista d'espera de trasplantament hepàtic o trasplantats hepàtics amb recidiva de la infecció en l'empelt haurien de considerar-se els primers candidats a tractament per l'alt risc de desenvolupar complicacions greus. Tanmateix, també haurien de tenir prioritat màxima aquells pacients amb manifestacions extrahepàtiques severes relacionades amb el VHC (crioglobulinèmia, alteracions renals, porfíria cutània i alteracions hematològiques, incloent-hi limfoma o plaquetopènia autoimmune), independentment del grau de fibrosi hepàtica.

En un segon grup, que definiríem com a prioritat intermèdia, s'inclourien els pacients amb fibrosi moderada (F2), amb coinfecció pel virus de l'hepatitis B, amb diabetis mellitus tipus 2 o amb altres malalties hepàtiques, com esteatohepatitis no alcohòlica.

D'altra banda, com una eina de salut pública, i amb l'objectiu de disminuir la transmissió, incidència i prevalença del VHC, també hauríem de valorar, independentment del grau de fibrosi, el tractament de persones amb alt risc de transmissió. Aquí podem incloure el personal sanitari, dones en edat fèrtil amb intenció de tenir fills, usuaris de drogues parenterals, homosexuals masculins amb infecció pel VIH, els interns en centres penitenciaris, els pacients en hemodiàlisi i aquells que siguin candidats a trasplantament renal. Obviament, el tractament ha d'anar acompanyat de mesures per prevenir la reinfecció.

En els pacients amb fibrosi F0-F1, el tractament es pot diferir, encara que s'han de monitoritzar de manera estreta i, en cas de progressió de la malaltia, cal tractar-los.

### Amb què els hem de tractar?

Des de l'any 1991, moment en què la FDA va aprovar el primer interferó alfa per tractar el VHC, i durant dues dècades, només vam disposar, en el millor dels escenaris, de l'interferó pegilat alfa amb ribavirina, tractament que ofería taxes de RVS clarament insuficients, amb efectes secundaris no menyspreables, que limitaven el seu ús en els pacients amb hepatopatia més severa, que eren els que més el necessitaven.

L'any 2011 es van comercialitzar els primers AAD (Boceprevir i Telaprevir), que, combinats amb interferó pegilat alfa 2 i ribavirina (PR), aconseguiren taxes de RVS de prop del 70%, si bé amb efectes adversos encara importants, i eren tractaments de llarga durada.

La veritable revolució en el tractament del VHC va arribar el proppassat 2014, amb la incorporació de Simeprevir (SMV), Sofosbuvir (SOF) i Daclatasvir (DCV) i està seguint enguany amb la inclusió de Ledipasvir, Paritaprevir-

» Ritonavir, Ombitasvir i Dasabuvir (figura 3), que, combinats, no només aconsegueixen taxes de RVS superiors al 90% —en molts casos en dotze setmanes—, sinó que ho fan sense interferir i en determinats casos sense ribavirina i amb mínims efectes adversos.

Tota aquesta diversitat d'opcions terapèutiques genera nombrosos esquemes de tractament possibles, que encara són més si considerem la possibilitat de combinar SMV, SOF o DCV amb PR. Per tant, són necessàries estratègies d'individualització.

Aquest tractament individualitzat depèn de factors virals, com el genotipus i l'impacte de les resistències, i de factors del pacient, com el grau

El cost estatal del tractament amb els nous AAD serà d'uns 3.500 milions d'euros

Necessitem estratègies per detectar la malaltia en persones encara no diagnosticades

de fibrosi, la resposta a tractaments previs, possible situació peritrasplantament i interaccions farmacològiques. Un tercer factor que cal considerar, en igualtat d'eficàcia, és el cost.

Les teràpies amb AAD, sense interferir, estan assolint altes taxes de RVS en poblacions *a priori* difícils de curar, com pacients amb cirrosi, fins i tot descompensada, o pacients responentors nuls a tractaments previs, però que comporten un alt impacte econòmic. Molt recentment, el Ministeri de Sanitat ha aprovat, amb el vist i plau de totes les comunitats autònomes, el Pla Estratègic per a l'Abordatge de l'Hepatitis C, que implica el tractament amb els nous AAD d'uns 52.000 pacients

**Taula 1. Consens espanyol sobre tractament de l'hepatitis C**  
Asociación Española para el Estudio del Hígado. Abril 2015

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 1b NAÏVE:**

\*SOF/LDV 8-12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB 12 SETMANES o SOF + SMV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 1b NAÏVE:**

\*SOF/LDV + RBV 12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB + RBV 12 SETMANES o SOF + SMV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 1a NAÏVE:**

\*SOF/LDV 8-12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB + RBV 12 SETMANES o SOF + SMV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 1a NAÏVE:**

\*SOF/LDV + RBV 12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB + RBV 12 SETMANES o SOF + SMV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 1b PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES<sup>1</sup> O PRT/R + DSV + OMB 12 SETMANES<sup>2</sup> o SOF + SMV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 1b PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF/LDV + RBV 12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB + RBV 12 SETMANES<sup>2</sup> o SOF + SMV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 1a PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES<sup>1</sup> O PRT/R + DSV + OMB + RBV 12 SETMANES<sup>2</sup> o SOF + SMV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 1a PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF/LDV + RBV 12 SETMANES O PRT/R + DSV + OMB + RBV 24 SETMANES<sup>2</sup> o SOF + SMV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 2 NAÏVE O RECIDIVANTS A PR:**

\*SOF + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 2 NAÏVE O RECIDIVANTS A PR:**

\*SOF + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 2 NO RESPONEDORS A TRACTAMENTS PREVIS:**

\*SOF + PR 12 SETMANES O SOF + RBV 16 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 2 NO RESPONEDORS A TRACTAMENTS PREVIS:**

\*SOF + PR 12 SETMANES o SOF + RBV 24 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 3 NAÏVE:**

\*SOF + PR 12 SETMANES o SOF + RBV 24 SETMANES o SOF + DCV 12 SETMANES o SOF/LDV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 3 NAÏVE:**

\*SOF + PR 12 SETMANES o SOF + RBV 24 SETMANES o SOF/LDV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 3 PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF + PR 12 SETMANES o SOF + DCV 12 SETMANES o SOF/LDV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 3 PRÈVIAMENT TRACTATS:**

\*SOF + PR 12 SETMANES O SOF + DCV + RBV 12 SETMANES o SOF + DCV 24 SETMANES o SOF/LDV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 4 NAÏVE O RECIDIVANTS:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES O PRT/R + OMB + RBV 12 SETMANES o SOF + RBV 24 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 4 NAÏVE O RECIDIVANTS:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES o PRT/R + OMB + RBV 24 SETMANES o SOF + RBV 24 SETMANES

**PACIENTS NO CIRRÒTICS GENOTIPUS 4 NO RESPONEDORS A PR:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES o PRT/R + OMB + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS CIRRÒTICS GENOTIPUS 4 NO RESPONEDORS A PR:**

\*SOF/LDV 12 SETMANES

**PACIENTS AMB GENOTIPUS 5 I 6:**

\*SOF + PR 12 SETMANES

**PACIENTS EN LLISTA DE TRASPLANTAMENT HEPÀTIC:**

\*AMB CIRROSI COMPENSADA: SOF + SMV o SOF + DCV o SOF/LDV

\*AMB CIRROSI DESCOMPENSADA: SOF/LDV + RBV

**PACIENTS TRASPLANTATS HEPÀTICS AMB RECAIGUDA DE LA INFECCIÓ PER VHC:**

SOF/LDV + RBV 12 SETMANES

**PACIENTS COINFECTATS VIH-VHC:**

\*LES PAUTES DE TRACTAMENT AMB AAD SÓN LES MATEIXES QUE PER A PACIENTS MONOINFECTATS, PERÒ TENINT EN COMPTE LES POSSIBLES INTERACCIONS ENTRE ELS FÀRMACS ANTIHEPATITIS C I EL TAR.

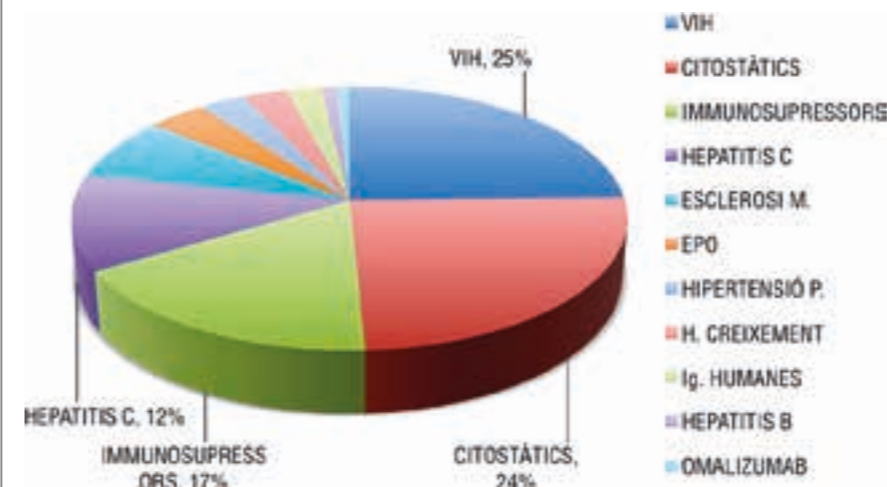
<sup>1</sup> En pacients no responentors previs a Sofosbuvir, cal afegir-hi Ribavirina

<sup>2</sup> No hi ha dades amb aquesta pauta en no responentors previs a triple teràpia amb Boceprevir o Telaprevir

SOF: Sofosbuvir, LDV: Ledipasvir, PRT: Paritaprevir, R: Ritonavir, DSV: Dasabuvir, OMB: Ombitasvir, SMV: Simeprevir, RBV: Ribavirina, PR: Interferó pegilat i Ribavirina, DCV: Daclatasvir, TAR: Tractament Antiretroviral.

Les pautes terapèutiques indicades són les primeres opcions, però no les úniques, i l'ordre és aleatori.

**Figura 4. Costos econòmics de la MHDA (CatSalut)**  
Tractament de 1.259 pacients. Cost mitjà tractament: 31.194 €. Despesa total aproximada: 39 milions de euros



**Taula 2. Àrees d'incertesa amb els AAD**

1. COM PODEM MILLORAR LA RVS EN PACIENTS CIRRÒTICS, GENOTIPUS 3, PRETRACTATS?
2. EN QUINS CASOS HEM D'AFEGIR-HI RIBAVIRINA?
3. QUINA ÉS LA MILLOR OPCIO TERAPÈUTICA EN PACIENTS AMB CIRROSI DESCOMPENSADA?
4. QUIN ÉS EL MILLOR TRACTAMENT I QUAN S'HA DE FER EN ELS PACIENTS EN SITUACIÓ PERITRASPLANTAMENT HEPÀTIC?
5. HI HA LÍMIT D'EDAT PER TRACTAR UN PACIENT?
6. COM TRACTAREM ELS PACIENTS QUE FRACASSIN ALS ACTUALS AAD?

amb fibrosi significativa (F2-F4). Per tot això, l'ús d'interferó com a primera opció terapèutica quedaria restringit al tractament de pacients amb fibrosi lleu i altes perspectives de curació i a alguns casos d'infecció per genotipus 2, 3, 5 i 6.

Amb els resultats dels assajos clínics i amb les dades de pràctica clínica real, l'AEH (Asociación Española para el Estudio del Hígado) s'ha elaborat un document de consens per al tractament actual del VHC (taula 1). Aquest document de posicionament està en línia amb les recomanacions internacionals (AASLD i EASL).

**Impacte econòmic del tractament amb els nous AAD**

Malgrat que el ministre de Sanitat acaba de comunicar que en els propers tres anys s'invertiran 727 milions d'euros per finançar els nous tractaments pel VHC, i a garantir un interval màxim de tres setmanes entre la prescripció i l'administració dels fàrmacs, s'estima que el cost a escala estatal de tots els pacients amb VHC, tant monoïnfectats com coïnfectats amb VIH, en seguiment actualment, suposaria una despesa al voltant dels 3.500 milions d'euros. Obviament, estem parlant d'una quantiosa inversió, però

l'hepatopatia pel VHC també té uns costos directes, que augmenten amb la progressió de la malaltia, fonamentalment per les hospitalitzacions que requereixen els pacients. S'ha estimat que el cost anyal per pacient amb cirrosi compensada, hepatocarcinoma i trasplantament hepàtic és de 1.654, 7.174 i 153.354 euros, respectivament<sup>9</sup>. A més, la indústria farmacèutica està arribant a acords de sostenibilitat amb el sistema sanitari que impliquen un important abaratiment del preu dels AAD a partir d'un nombre determinat de tractaments. Aquest fet, combinat amb l'alta eficàcia dels nous fàrmacs, permet deduir que el cost per responentor d'aquests nous tractaments és inferior al de les teràpies que utilitzàvem fins ara. Aquesta major cost-efectivitat del tractament del VHC amb AAD en relació amb tractaments previs també s'observa en relació amb altres patologies, com el tractament de la malaltia de Crohn amb biològics, del càncer colorectal metastàsic amb Bevacizumab, del melanoma amb Ipilimumab o del càncer de pròstata amb Abiraterona.

Segons dades del CatSalut, l'any 2013 es van dur a terme 1.259 tractaments del VHC, amb un cost mitjà

per pacient de 10.398 euros, xifra que va suposar una despesa d'uns 13 milions d'euros. Aquest import va representar el 4,2% del cost econòmic total de la medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA). Fins i tot acceptant que amb els nous AAD el cost mitjà per pacient es pogués triplicar, el tractament del VHC representaria l'11,73% de la despesa total de la MHDA (figura 4).

**Conclusions finals**

Malgrat que no tenim un tractament perfecte, queden temes pendents per resoldre (taula 2) i el proper any arribaran nous fàrmacs, i ja disposem de bons tractaments, però perquè aquests tinguin un impacte en la població i puguem fer realitat la curació de la majoria dels pacients amb infecció pel VHC, necessitem estratègies per detectar la malaltia en les nombroses persones que encara no tenim diagnosticades i estratègies que permetin l'accés als nous tractaments del major nombre possible de pacients, perquè, com va dir algú, el pitjor tractament és el que no és eficaç, i dels que són eficaços, aquell que no es dona.

**Dr. M. Miralbé**  
Cap de Secció Aparell Digestiu  
Hospital Santa Maria Lleida

**BIBLIOGRAFIA**

1. OMS. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Abril, 2014, pp. 25.
2. Muñoz-Gámez JA et al. Prevalence of hepatitis B and C in Spain – further data are needed. Rev Esp Enferm Dig 2013; 105: 245-8.
3. Bruguera M, Forns X. Hepatitis C en España. Med Clin 2006; 127: 113-7
4. Dore GJ et al. Hepatitis C disease burden and strategies to manage the burden. Journal of Viral Hepatitis, 2014; 21 (Suppl. 1): 1-4.
5. Echevarría JM et al. Follow-up of the prevalence of hepatitis C virus genotypes in Spain during a nine-year period (1996-2004). Enferm Infecc Microbiol Clin 2006; 24: 20-5
6. van der Meer AJ, et al. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. JAMA 2012; 308: 2584-93.
7. Calleja JL, Crespo J. Asociación Española para el Estudio del Hígado. Libro Blanco de la Hepatología en España, 1ª ed. Madrid;2015.
8. Moorman A et al. Mortality and progression to decompensated cirrhosis in chronic hepatitis C patients with liver biopsy-confirmed fibrosis in the CHECS. AASLD 2014, November 7-11. Boston. USA. [abstr. 174]
9. Solà R. Tratamientos libres de interferón para el VHC. Simposio Abbvie. 40 Congreso Anual Asociación Española para el Estudio del Hígado. 24-27 Febrero 2015. Madrid.

# Els nous productes cosmètics. Els “cosmeceuticals”

**E**ls productes cosmètics han estat des de l'antiguitat un dels focus d'interès de la societat, ja que prometen retardar, i fins i tot revertir els signes de l'envelliment cutani, tot millorant l'aspecte personal. Com a dada representativa, l'any 2010 es van gastar més de 16.000 milions de dòlars als Estats Units en productes cosmètics, i aquesta dada s'estima que serà de 31.000 milions al llarg del 2016. I és que la pell és l'òrgan més gran del cos i el seu envelliment (sobretot per l'edat, l'exposició solar —fotoenvelliment— la genètica individual, l'estat hormonal, el tabac i malalties intercurrents) produeix l'augment de radicals lliures i el trencament i la disminució de producció de col·lagen. Això es manifesta en la pell per sequedat, aprimament i augment de laxitud, canvis en la pigmentació, arrugues, telangiectàsies, lesions benignes com les queratosis seboreiques i també carcinomes cutanis.

Aquest interès pels productes cosmètics ha portat la indústria farmacèutica a estudiar nous i millors productes que no només cobreixin o embelleixin el pas del temps sobre la pell, sinó que, a més, intentin modificar-ne l'estructura. L'aparició de productes amb beneficis mèdics, que tenen una funció cosmètica i biològica a la pell, ha portat al naixement del concepte anglès *cosmeceuticals*, fusió dels mots *cosmetics* i *farmaceuticals*. Aquests productes no són, majoritàriament, fàrmacs en si i no segueixen les normes de regulació de la FDA (administració d'alimentació i fàrmacs), motiu pel qual no es realitzen tests de qualitat tan rigorosos com en la resta de fàrmacs i, a més, no hi ha tants estudis sobre aquest tema per valorar-ne realment l'efectivitat. L'efecte desitjat per la majoria d'aquests productes es basa en la millora de la barriera cutània, l'exfoliació i el renovament cel·lular, el control de radicals lliures i el manteniment de la síntesi i la reparació de components cutanis. Entre aquests productes, destaquem:

## Antioxidants

La funció dels antioxidants és reduir els radicals lliures produïts per la radiació ultraviolada. A causa d'això, disminueixen els efectes del dany solar sobre la pell. La vitamina B3 o niacina-mida és un antioxidant potent i ben tolerat, amb efectivitat davant les lesions pigmentades de la pell, les arrugues i actua en la millora de l'acne. La vitamina C, o àcid ascòrbic, en administració tòpica té propietats antiinflamatòries

i estimula la producció de col·lagen. Aquesta esdevé útil per reduir zones pigmentades i arrugues superficials. La vitamina E, o tocoferol —fotoprotector natural que evita les cremades solars—, al contrari que la vitamina C, que necessita aplicació tòpica, ha de ser administrada oralment per obtenir una milloria cutània. La ubiquinona, també anomenada coenzim Q10, és usada en multitud de cremes per la seva capacitat de suprimir la producció de fibroblasts, degradadors de col·lagen i de radicals lliures i, per tant, millora la hidratació i textura de la pell i redueix arrugues d'expressió. Una altra substància amb propietats antioxidants és l'àcid alfaipoic, que, a més, és exfoliant i antiinflamatori.

Ara bé, en realitat no sabem si la vitamina C tòpica o la vitamina E oral eviten l'aparició de les arrugues o les milloren, ja que no hi ha estudis que ho corroborin o la mostra d'aquests és escassa. Al seu torn, la vitamina C tòpica també és irritant i produeix cremor i eritema<sup>1</sup>.

D'altra banda, els derivats de la vitamina A també són antioxidants, però es poden considerar medicaments, ja que han estat sotmesos a diversos assaigs aleatoritzats i controlats, que mereixen un apartat propi.

## Retinoides

Els retinoides són derivats de la vitamina A (retinol) i són usats en l'actualitat a nivell tòpic o sistèmic per al tractament de malalties com l'acne, la psoriasi o les ictiosis. A més, formen part dels ingredients més estudiats i freqüentment usats contra el fotoenvelliment. Cal dir que la pell normal té una quantitat significativa de vitamina A i que la radiació ultraviolada pot danyar-ne el metabolisme i el transport. Entre els mecanismes d'acció que es coneixen dels retinoides en l'àmbit tòpic es troba el seu efecte antioxidant, ja esmentat, l'estimulació de la síntesi de col·lagen, la inhibició en l'expressió de metaloproteases (enzims implicats en l'envelliment cutani), la inhibició de la tirosinasa (enzim implicat en la síntesi de cèl·lules productores de melanina o melanòcits), fet que aclareix taques solars<sup>2</sup> i l'augment del dipòsit de glucosaminoglucans a l'epidermis, que millora les arrugues i que, a més, promou la proliferació de queratinòcits (cèl·lules epidèrmiques), amb la realització d'un piling químic i suavitzant la textura cutània. El retinol, aplicat de forma tòpica, millora les arrugues fines



Els estudis publicats sobre l'efectivitat dels productes cosmètics són escassos, però cada vegada més s'obtenen millors resultats

de la pell, però la seva forma activa, anomenada àcid retinoic o tretinoïna, és un dels compostos més potents per tractar l'envelliment cutani, incloent-hi les arrugues fines i les taques solars i presenten, com a contrapartida, més efectes secundaris locals, típicament cremor i descamació cutània, que milloren amb l'aplicació intermitent o el descans i, a més, es toleren més bé amb el temps.

L'àcid retinoic (tretinoïna), en estudis que el comparen amb placebo, millora les arrugues fines<sup>3</sup> en pacients que tenen un dany solar lleu o moderat, però no estan clars els seus efectes sobre les arrugues profundes. Ara bé, sol produir pruíja, cremor, vermellor i descamació cutània.

La isotretinoïna en crema (àcid 13-cis-retinoic) millora les arrugues fines i profundes, en estudis que el comparen amb placebo, en pacients que pateixen fotoenvelliment lleu o moderat, però causa una irritació important en el 10% dels casos<sup>4</sup>.

## Exfoliants

Els exfoliants promouen la renovació de la pell i l'eliminació de les capes més superficials. Els més importants formen part d'un grup anomenat hidroxiàcids, dins els quals s'inclouen l'àcid salicílic, l'àcid cítric, l'àcid glicòlic, l'àcid làctic, l'àcid màlic, l'àcid pirúvic i l'àcid tartàric. Aquest efecte exfoliant millora la textura cutània i aclareix les taques solars<sup>2</sup> (sobretot associat a un agent despigmentant un cop es treu la capa superficial). És important recordar que aquests exfoliants faciliten la penetració de la radiació ultraviolada a la pell, la qual cosa obliga a protegir-se del sol

usant aquests tractaments.

Ara bé, l'efectivitat dels hidroxiàcids en el tractament de les arrugues no s'ha validat en estudis de comparació amb placebo. Les evidències sobre la seva efectivitat es basen en estudis observacionals sobre els graus de millora, en què els canvis clínics no han estat gaire clars ni importants<sup>5</sup>.

## Despigmentants

Amb l'envelliment propi de l'edat, i per acció de l'exposició solar, poden aparèixer taques a la pell. Hi ha substàncies que, aplicades tòpicament, mostren un aclariment d'aquests lesions i esdevenen útils sobretot en pells blanques, i especialment si associem un exfoliant i un protector solar. La fórmula clàssica que incorpora la hidroquinona 4%, l'àcid retinoic 0,05% i la triamcinolona acetònic al 0,1% és la més utilitzada en el cloasma<sup>2</sup>, una hiperpigmentació que apareix especialment en dones en edat fèrtil i que s'agreuja amb l'exposició solar. Entre els efectes adversos, trobem la irritació, i en ocasions la hidroquinona pot causar ocronosi<sup>6</sup> (coloració blaugrisosa a la zona d'aplicació) i despigmentació permanent. Altres productes usats per a aquest objectiu són els retinoides i la vitamina C, ja esmentats anteriorment, i altres com l'àcid kòjic, la glabridina (procedent de la regalèssia) i l'aloèsina (extreta de la planta *Aloe barbadensis*).

## Botànics

Aquests productes provenen principalment d'herbes, espècies o arrels, i han estat utilitzats, en moltes ocasions,

per la cultura popular. Hi ha escassetat d'estudis i regulacions respecte al seu ús. Dins d'aquest grup, hi ha productes molt coneguts, com l'àloe vera (*Aloe barbadensis*), usada per a la curació de ferides, com a hidratant i per tractar la psoriasi, i la camamilla, coneguda per les seves propietats antiinflamatòries i antisèptiques. L'extracte de te verd (*Cammelia sinensis*) conté polifenols que actuen com a supressors de carcinògens provocats per radiació ultraviolada i protegeixen davant cremades i fotoenvelliment. Altres productes botànics amb efectes antisèptics cutanis són l'eucaliptus, l'all i l'herba de Sant Joan, aquesta última bona per a la curació de ferides i també, segons sembla, inhibeix la formació de cicatrius hipertròfiques o queloides. Finalment, convé destacar l'extracte de llavors de raïm pels seus efectes antioxidants, cicatrizzants, fotoprotectors i per la millora de lesions d'acne i de psoriasi en alguns estudis.

Com hem esmentat en els altres casos, no existeix cap estudi sistemàtic ni aleatoritzat que evidenciï la seva eficàcia. El seu ús es basa en l'experiència i la cultura popular<sup>7</sup>.

## Altres fàrmacs d'efectivitat dubtosa

En una entitat diferent en què també s'han utilitzat multitud de productes, però amb escassos resultats, és en la cel·lulitis. Els productes on s'ha comprovat més eficàcia (la cafeïna, el retinol, l'extracte d'algunes algues marines i alguns antiinflamatoris) produeixen lipòlisi local per interacció amb adipòcits, però aquestes millores tampoc són gaire significatives. Finalment,

també s'han usat altres tipus de productes amb resultats poc satisfactoris, com factors de creixement (factor de creixement epidèrmic) i pèptids relacionats amb la síntesi de col·lagen.

En els últims anys ha aparegut una nova branca de l'enginyeria anomenada “nanotecnologia”, una ciència basada en la manipulació de la matèria a escala atòmica i molecular. Aquestes tècniques s'estan començant a utilitzar en el món de la cosmètica amb la intenció de crear productes amb més penetrància, més durada o més estables, tot i que actualment hi ha pocs estudis sobre els efectes a llarg termini que podrien tenir sobre l'organisme<sup>7</sup>.

Per acabar, podem dir que actualment els productes cosmètics que tenen també una acció mèdica davant la pell (*cosmeceuticals*) creen un interès i un impacte en la societat cada vegada més gran. El fet que no hi hagi una regulació estricta d'aquests productes fa que sigui difícil el control d'aquestes substàncies. A més, en comparació amb altres fàrmacs, els estudis publicats que valoren l'efectivitat dels productes cosmètics són escassos, però sembla que cada vegada s'obtenen millors resultats a l'hora de buscar productes més específics que valoren combinacions de productes amb accions sinèrgiques i que desenvolupen productes modificats que aconseguixin efectes més apreciables o perllongats en el temps que puguin frenar l'evidència del pas del temps a la nostra pell. És una esperança a la qual no volem renunciar.

**Josep Manel Fernández Armenteros**  
R2 de Dermatologia  
**Josep Manel Casanova Seuma**  
Cap de Dermatologia. Hospital  
Universitari Arnau de Vilanova

## BIBLIOGRAFIA

- Manriquez JJ, Majerson-Gringberg D, Nicklas-Diaz C. Wrinkles. Clin Evid (Online). 2008 Dec 16;2008. 1711.
- Sarkar R, Arora P, Garg K V. Cosmeceuticals for hyperpigmentation: What is available?. J Cutan Aesthet Surg 2013;6:4-11.
- Samuel M, Brooke RC, Hollis SS, Griffiths CE. Interventions for photodamaged skin. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. (1):CD001782.
- C: Sendagorta E, Lesiewicz J, Armstrong RB. Topical isotretinoin for photodamaged skin. J Am Acad Dermatol 1992; 27:S15-S18.
- Kramer KE, López A, Stefanato CM, Phillips TJ. Exogenous ochronosis. J Am Acad Dermatol. 2000;42(5 Pt 2):869-71.
- Stallings AF, Lupo MP. Practical uses of botanicals in skin care. J Clin Aesthet Dermatol. 2009;2(1):36-40.
- F: Lohani A, Verma A, Joshi H, Yadav N, Karki N. Nanotechnology-based cosmeceuticals. ISRN Dermatol. 2014;2014:843687.

# Maneig del nen que no menja

**E**l nen que no menja és un motiu de consulta freqüent en Pediatria. En un estudi realitzat en un centre d'Atenció Primària a Badajoz l'any 1997, representava l'11% del total de les consultes en un període de 3 mesos. En altres revisions, el consideren el primer motiu de consulta en Pediatria quan no es compten les malalties agudes.

En els nens petits ens podem trobar dues situacions diferents. El rebuig alimentari, que és la negativa a menjar la majoria o tots els aliments, amb dificultats per satisfer les necessitats nutricionals, i la selectivitat alimentària, que es caracteritza per la ingesta d'una varietat limitada d'aliments. Tot i que és un problema important relacionat amb l'alimentació, no parlarem, en aquest article, de l'abordatge dels trastorns de la conducta alimentària dels adolescents (anorèxia, bulímia, vigorèxia, etc.).

Quan una família fa una consulta sobre els motius pels quals el seu fill o filla no menja, és important no prejutjar, ja que en moltes ocasions hi ha una patologia associada i cal diferenciar-la dels problemes relacionats amb els hàbits. Per tant, com en totes les consultes, caldrà fer una bona anamnesi i una exploració física.

Durant l'anamnesi, caldrà tenir en compte:

1- L'edat i el moment del desenvolupament del nen. En general, un nadó neix amb la capacitat de trobar i succionar el pit de la mare per alimentar-se, coordinant la succió, la deglució i la respiració, i establint per si sol com i quan menja, sempre que se li ofereixi el pit quan el demana. Entre els 4 i 6 mesos, la majoria dels lactants són capaços de tastar i engolir aliments diferents de la llet de la mare oferts amb cullera. En els primers intents, el moviment de la llengua, acostumada a la succió, fa que l'aliment sigui immediatament expulsat, però l'exposició progressiva a la cullera i a les textures estimula el desenvolupament sensitiu i motor de la boca i facilita la deglució.

El període de màxima acceptació de les textures se situa entre els 6 i els 7 mesos. Progressivament, aprenen a agafar aliments amb la mà, a portar-los a la boca i a estovar-los amb les genives per poder engolir-los. Aquest és el moment de la diversificació alimentària, en què comencen a acostumar-se als diferents gustos. També a partir dels 6 mesos els nens són capaços de beure amb un got sostingut pels pares. A partir dels 9 mesos, s'estableix una autèntica masticació, que es desenvolupa de manera progressiva per l'exposició als diferents aliments.

A partir de l'any de vida, un nen és

Quan una família consulta sobre els motius pels quals el seu fill no menja, és important no prejutjar

Com a metges, sempre hem d'escoltar els pares i explorar abans de fer un diagnòstic

capaç d'agafar una cullera o una forquilla per alimentar-se; la majoria tenen dents i poden mastegar. A més a més, poden menjar de tot, excepte aliments molt durs i petits, com la fruita seca, pel risc d'ennuegament. La curiositat és característica d'aquesta etapa i és el moment d'introduir una dieta el més variada possible. Sovint s'observa que els pares limiten aquesta independència funcional en el menjar per por que mengin poc, malgrat que hi ha estudis que corroboren que el desenvolupament de l'autoalimentació s'associa a una major ingesta nutricional.

Als 2 anys un nen pot beure sol amb un got, i si els adults donen exemple i el nen menja amb ells, l'àpat pot ser una estona agradable per compartir amb la família. Entre els 2 i els 3 anys, la majoria dels nens comencen a seure a la taula durant tot l'àpat i, a partir dels 3-4 anys, se'ls pot demanar una certa educació a l'hora de menjar. La majoria de nens que han adquirit uns bons hàbits els mantenen fins a l'adolescència, quan sovint es tornen més capritxosos i tenen més interès per controlar què, com i quan mengen.

2- Té algun antecedent patològic que pugui facilitar la dificultat amb l'alimentació? Prematuritat i alimentació amb sonda, alteracions en el desenvolupament psicomotor, malalties cardiorespiratòries, malformacions orofacials, trastorns digestius, antecedents d'atòpia o reaccions d'anafilaxi.

3- L'abast del problema: què i quan menja? Quants àpats fa? Moltes vegades és útil fer una petita enquesta alimentària de tot el que ha menjat

durant un o més dies. Menja durant els àpats o fora d'hora? Canvia uns aliments per uns altres? Rebutja selectivament algun aliment? Com i amb qui menja? Com menja a l'escola? Quan va començar la dificultat? Amb què ho relacionen? Com menjava en etapes evolutives anteriors? Hi ha hagut canvis de cuidadors, problemes familiars o dificultats escolars? Hi ha trastorns del son o de l'humor associats? Si es tracta d'adolescents, s'exploraran l'autoestima i l'autoimatge.

4- Ha presentat altres trastorns acompanyants al problema? Tot sovint, els pares consulten per què el nen no menja o menja poc durant una malaltia aguda o crònica, i cal establir quins són els símptomes per poder diagnosticar-ne correctament la causa.

Exploració física: caldrà fer una valoració nutricional acurada. S'ha d'inspeccionar els nens despulats, per tal de valorar signes d'obesitat, d'aprimament o de pèrdua de massa corporal. També és important valorar si existeix o no distensió abdominal i, en nens més grans, convé avaluar el desenvolupament puberal. L'exploració ha de ser completa i sistemàtica per aparells per tal de descartar patologia associada.

Valoració del creixement: en les consultes de Pediatria registrem seriadament el pes i l'alçada dels nens en les gràfiques de creixement, cosa que ens permet calcular la velocitat de creixement, sobretot en alçada, i construir un perfil de desenvolupament. Una desviació del percentil habitual és més preocupant que un percentil baix amb un ritme de creixement adient. La relació pes/talla i l'índex de massa corporal també són útils.

Sovint, per fer una acurada valoració nutricional, cal realitzar un hemograma, bioquímica amb metabòlisme del ferro, zinc, prealbúmina, albúmina, immunoglobulines i funció hepàtica.

Si una vegada valorada

l'anamnesi i realitzada l'exploració, se sospita que el nen presenta una determinada patologia, caldrà realitzar les proves complementàries pertinents per diagnosticar-la. En el cas que es trobi una causa al problema consultat, caldrà realitzar el tractament oportú.

Quan s'arriba a la conclusió que no hi ha patologia i que es tracta d'un problema d'hàbits, cal aconsellar la família en aquest sentit. Aquí us donem un recull de consells per als pares:

La lactància materna a demanda es la millor manera d'alimentar els nadons per múltiples motius. A més, té l'avantatge que els pares aprenen a confiar en la capacitat d'autoalimentació dels infants, ja que són ells els que regulen la seva pròpia ingesta.

És important aprofitar el moment adient del desenvolupament per introduir canvis en la forma d'alimentar-se. Quan s'introdueix un aliment nou, es recomana oferir-lo gradualment al començament d'un àpat perquè la gana li faci tastar-lo.

S'ha de

tenir en compte que als nens els cal haver tastat unes quantes vegades els aliments abans d'acceptar-los, i que han d'aprendre a fer els moviments necessaris per desfer, mastegar i deglutir els aliments. No es recomana oferir aliments amb textura de puré amb biberó. Els nens que retarden la introducció de la cullera o de la masticació i que prolonguen l'ús del biberó, o el menjar passiu més enllà de les edats recomanades, tenen més probabilitats de presentar dificultats per menjar.

Es recomana donar als nens aliments bàsics, sense salar ni edulcorar, i evitar els molt processats, perquè s'acostumin als sabors naturals de les coses, tot respectant les nostres tradicions gastronòmiques i cuidant la presentació dels aliments.

Els nens han de fer tres menjades principals: esmorzar, dinar i sopar, i dues petites a mig matí i a mitja tarda. Cal recordar la importància d'un bon esmorzar que contingui llet, pa o cereals i fruita. Es recomana també que el sopar complementi el dinar quan els nens mengen a l'escola.

La beguda dels nens és l'aigua. Les begudes com els refrescos o els sucres comercials fan perdre la gana i són poc nutritives.

Es important respectar la gana dels nens i fer racions adients a la seva edat i mida. Per tal de tenir menys problemes, és preferible posar-los plats petits: és més probable que s'ho mengin tot i que vulguin repetir. Els pares trien què es menja en cada àpat (aliments de tots els grups en la proporció adequada), però els nens decideixen la quantitat. No s'ha de forçar mai a menjar i es recomana no canviar els aliments per uns altres quan han menjat poc.

No és aconsellable premiar-los si mengen, ni castigar-los quan no ho fan.

Si s'ha acabat l'àpat i el nen ha menjat poc, es retira

els seus plats igual que els dels altres, sense comentaris pejoratius, i es recomana no oferir cap aliment fora de la menjada, només aigua. En el següent àpat s'ofereix el mateix que a la resta de la família i no es torna a treure el plat de l'àpat anterior.

Es recomana fer exercici cada dia un mínim de 60 minuts.

S'ha de limitar la brioixeria, les llepolies, els dolços i els menjars *fast-food*. No s'ha de premiar ni subornar amb aliments, i, com a norma general, s'han d'evitar les menjades entre els àpats.

Els nens aprenen de l'exemple i del reforç de la seva conducta per l'atenció i les respostes dels pares. És important seure a la taula amb la família, oferir-los els mateixos aliments que als pares i als germans. Centrar-se en el menjar i en la relació familiar durant els àpats. Evitar menjar davant del televisor o distreure'ls amb jocs. Cal prestar-los atenció i elogiar la seva conducta quan mengen bé i no estar per ells quan no mengen.

## Conclusions

Davant d'un nen que no menja, no és mai recomanable prejutjar, sempre s'ha d'escoltar la demanda dels pares i fer allò que ens pertoca com a metges, explorar abans de fer un diagnòstic.

Si s'ha descartat una patologia, reflexionar amb els pares sobre els hàbits alimentaris pot ajudar a millorar-los.

**Dra Alicia Aguiló Regla**

*Pediatra*

**Miquel Flores González**

*Infermer*

## BIBLIOGRAFIA

JM Fernández Núñez, C Sendín González, A Paulino Herrera, P Pérez Gómez y C. Lozano Izquierdo. "Doctor, el niño no me come" como demanda de consulta. *Atención Primària*. Vol 20, nº10. Diciembre 1997

Chatoor I1. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002 Apr;11(2):163-83.

Nicholls D1, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan;18(1):17-30.

Beaudry Bellefeuille. El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta pediátrica española*. Vol72, nº 5. Mayo 2014.





**25** amb el metge  
anys i la recerca

# Premis a la Investigació Mutual Mèdica



## Amb tu, en el teu projecte de recerca

Si ets metge i ets jove, Mutual Mèdica és la teva mutualitat. Perquè Mutual Mèdica també és jove. Una mutualitat de previsió social, que treballa en exclusiva per al col·lectiu mèdic i que està compromesa amb el metge jove. Fes-te mutualista i gaudeix d'aquests avantatges:

- Ajudes per a la teva formació,
- Assegurança gratuïta d'Assistència en viatge durant un any,
- Accés als Premis a la Investigació.

Presenta ja el teu treball d'investigació i fes realitat els teus somnis. Entra al nostre web i accedeix a les bases.



**MutualMèdica**

la mutualitat dels metges