

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 120

Setembre del 2016



**100 anys de Farmàcia
de l'Hospital Universitari
de Santa Maria**

Màximes cobertures en cas de patir un accident en qualsevol moment de la seva vida personal o professional

La protecció més completa

- ✓ **Cobertura d'invalidesa:** davant d'una invalidesa permanent, total o parcial.
- ✓ **Cobertura econòmica:** capitals adaptables per a la seva seguretat econòmica.
- ✓ **Cobertures addicionals incloses:**
 - mort per infart de miocardi (en l'àmbit laboral).
 - cirurgia plàstica reparadora necessària a conseqüència d'un accident cobert.
 - capital addicional per agressió.
- ✓ **Altres cobertures contractables:** contagi professional de VIH i Hepatitis, mort per accident cerebro-muscular...

Per **115 € / any,**
200.000 €
de cobertura*

Professionals al servei de professionals



Servei propi de sinistres



Tarifes i cobertures exclusives per a metges i familiars



25 anys al servei dels metges

Truqui al 902 11 36 67 i l'assessorarem personalment sense compromís

(*) Oferta vàlida per a una persona de fins a 60 anys i un capital assegurat de 200.000 € en cas d'invalidesa permanent a causa d'un accident cobert. Les condicions generals, especials i particulars de la pòlissa estableixen el barem aplicable per als casos d'invalidesa parcial, així com l'abast i les limitacions de les cobertures.

Informi-se'n ara

Rambla d'Aragó, 14, Pral. Lleida

902 11 36 67

@ medicorasse@med.es

Serveis sanitaris a Lleida

Des de fa molt temps vivim immersos en un debat important: quins serveis sanitaris ha de tenir Lleida i quins s'han de derivar i per què? Paral·lelament, en els darrers anys s'han posat en marxa a Lleida procediments d'alta complexitat i codis sanitaris fins aleshores inexistents, la qual cosa ha provocat el descens del nombre de pacients que abans es derivaven a Barcelona.

Quan parlem d'aquests temes, sempre emprem la paraula "equitat". No obstant això, haurem de reconèixer que la pràctica de determinats procediments complexos només és aconsellable en llocs on el nombre de casos que tracten pot garantir la qualitat del tractament, disminuir els riscos associats i assegurar la competència que s'aconsegueix gràcies a l'experiència acumulada.

Gestors i planificadors sanitaris estan d'acord en el fet que a Lleida tenim un nombre suficient de casos en la majoria de les patologies per poder-los atendre amb una excel·lent eficiència i un cost acceptable. En definitiva, hem aconseguit una bona qualitat en la resolució de la majoria dels problemes de salut. Per a la resta de patologies, s'ha de reforçar el pacte territorial amb Barcelona i continuar oferint uns serveis especialitzats de qualitat a tota la població.



Debat sobre els límits de la pràctica del "running"

Articles d'opinió de professionals de la Cardiologia, la Rehabilitació, la Medicina de l'Esport, la Psicologia, l'INEFC i la Nutrició. **07**

Serveis assistencials per a la Lleida d'avui i del futur

Article del Dr. Ramon Piñol sobre què podem i què podem fer als centres sanitaris de Lleida. **22**

Eritema pomel: penellons

Informació de la podòloga Ares Yugo-ro. **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.comll.es> · butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Bieto Campos Garcia
Joan Carrera Guiu

Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsóna
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Bea Fort Pelay
Josep M. Greoles Solé

Mària Irigoyen Ontiñano
Aurora López Gil
Alba López Pérez
Iñigo Lorente Doria
Xavier Matias-Guiu
Mercè Matinero Tort

Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
AGORA, 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 €	Preu total insercions:	1.803,06 €	Preu total insercions	901,50 €
4 Pàgines interiors	300,51 €				
Preu total insercions:	2.404,06 €				

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

L'Hospital Arnau de Vilanova posa en marxa el programa ERAS en cirurgia colorectal

L'Hospital Arnau de Vilanova està implicat, des de finals del 2015, en el Programa d'Implementació ERAS, una metodologia científica pionera centrada a millorar els resultats funcionals dels pacients sotmesos a cirurgia, reduir l'estada hospitalària, els reintresos i els costos associats.

El programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, Recuperació Intensificada Després de la Cirurgia), creat per Encare juntament amb ERAS Society, pretén formar els professionals sanitaris en l'aplicació de protocols basats en l'evidència científica com a estàndard de pràctiques òptimes en l'atenció perioperatòria. Des de 2009, realitzen formació a escala global i han creat un sistema d'informació interactiu a través de la web per dur a terme la gestió d'aquestes pràctiques. En l'actualitat, aquest sistema s'utilitza en més de 60 hospitals de 10 països d'arreu del món.

La recuperació intensificada pretén aportar una atenció global al pacient durant tot el procés de la seva malaltia i tractament, des del moment del diagnòstic, passant per l'optimització perioperatòria, la cirurgia i l'estada hospitalària, fins al moment de l'alta i seguiment posterior, perquè el pacient recuperi la màxima funcionalitat i la normalitat al més aviat possible. És un procés que implica el mateix malalt i els familiars, i una gran varietat de professionals sanitaris de diverses especialitats, principalment cirurgia i anestesiologia, infermeria, però també nutrició, rehabilitació, psicologia, etc.

Un equip de treball multidisciplinari de l'Arnau de Vilanova, compost per 2 cirurgians, 2 anestesiològics i un professional d'infermeria, realitza una formació continuada des del novembre de 2015 amb seminaris, auditoris i sessions de treball. El Programa d'Implementació ERAS prepara l'equip durant 8-10 mesos per donar-li les eines per aplicar els protocols ERAS, basats en l'evidència científica, a la pràctica assistencial habitual.

Aquesta formació es duu a terme a l'Institut Aragonés de Ciències de la Salut (Saragossa), avalada per Medtronic, que facilita l'accés a la formació i coordina el procés d'implementació i auditoria, en col·laboració amb les societats creadores del sistema (ERAS Society i Grupo Español de Rehabilitación Multimodal GERM).

Cal destacar que l'Arnau de Vilanova és un dels 9 hospitals espanyols implicats en aquest projecte, juntament amb l'Hospital Infanta Leonor (Madrid), Complejo Hospitalario de Salamanca, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), Hospital Quirón Teknon (Barcelona), Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), Hospital Virgen del Puerto (Plasencia) i Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan).

De moment, per obtenir una millor adherència dels centres implicats i poder registrar millor el resultat, el programa s'aplica a la cirurgia colorectal, tot i que el protocols ERAS poden aplicar-se a cirurgies de qualsevol altra especialitat.

A l'Hospital Arnau de Vilanova, fins ara s'han intervingut 3 pacients de cirurgia colorectal aplicant el protocol ERAS: el primer, al maig de 2016, amb una bona col·laboració del personal sanitari implicat i una bona acceptació per part dels pacients, que consideren l'atenció prestada de millor qualitat. Els primers resultats han estat irregulars, però cal seguir la formació, treballar amb nous pacients i ajustar el protocols a les característiques particulars de l'hospital per seguir millorant.

Dra. Beatriz Fort
Especialista en Anestesiologia i Reanimació

Hospital Universitari Arnau de Vilanova



Participants de diferents hospitals d'Espanya en el Programa d'Implementació ERAS

XXXI Jornades de Bioètica sobre justícia, sostenibilitat i recursos sanitaris

Els dies 24 i 26 d'octubre a la Facultat de Medicina de Lleida

Les XXXI Jornades de Bioètica tindran lloc els dies 24 i 26 d'octubre a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). El tema d'aquesta edició serà *Justícia, sostenibilitat i recursos sanitaris*. Les jornades les organitzen el departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina de la UdL i l'Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull.

El dia 24, a les 16.15 h, el Dr. Andreu Segura pronunciarà la conferència inaugural *La viabilitat del sistema sanitari públic: consideracions des de la pertinença*. La cloenda se celebrarà el dia 26, a les 19 h, i la Dra. Victòria Camps, parlarà sobre *A què ens compromet el dret a la protecció de la salut?* El Dr. Joan Viñas, la Dra.

Montse Esquerda, el Dr. Pifarré i el Dr. Oriol Yugero, directors del curs, presentaran diverses ponències durant les jornades.

El curs s'adreça a metges, diplomats en Infermeria, treballadors socials, farmacèutics, psicòlegs i educadors socials, entre altres professionals de la salut. El preu d'inscripció és de 20 €. Més informació a secretaria@cirurgia.udl.cat.



Moviment col·legial de juliol i agost del 2016

El COMLL ha registrat 8 altes durant els mesos de juliol i agost de 2016: Maria José Estadella Servalls, José Cayado Cabanillas, Àlex Sánchez Lozano, Jorge Cortina Juclà, Marta Bueno Díez, Juan Pablo Rodríguez Font, Helen Zambrana Pérez i Mario Land.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 3 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes d'agost, figuren les defuncions dels Drs. Pascual Juan Arnal i Santiago Torres Romaña.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. José Manuel Ballester Guallar i José A. Muñoz Márquez. Total col·legiats el 31/8/2016: 1.789

Fe d'errades

L'article sobre el lliurament dels premis dels concursos artístics dels Col·legis de Metges, publicat al BUTLLETÍ MÈDIC 119, contenia dues errades:

- Els concursos artístics estan oberts a tots els professionals col·legiats, no només als jubilats.
- El lliurament de premis es va fer a l'Institut Municipal d'Acció Cultural, ubicat a l'antic casal de Joventut Republicana de Lleida, no d'ERC. Disculpeu les errades.



Esquema del programa ERAS



Informació de cures per al pacient



PAIMM

Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

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



Fundació GALATEA

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

Primera Reunió de Columna de Lleida i Pirineus

Els dies 4 i 5 de novembre a Tremp

La Primera Reunió de Columna de Lleida i Pirineus se celebrarà els dies 4 i 5 de novembre a la Sala d'Actes Epicentre de Tremp. La trobada l'organitza l'Institut Català de la Salut (ICS), el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) i l'Hospital Comarcal del Pallars. L'IRB Lleida dona suport a aquesta iniciativa.

El programa preveu la celebració de 5 taules rodones. El Dr. Pallisó moderarà la taula *Hèrnia discal lumbar-Diagnòstic*; el Dr. L. Mambona moderarà el debat *Hèrnia discal lumbar-Tractaments conservadors*; el Dr. J. Mas, la taula *Hèrnia discal-Tractaments invasius*; la Dra. A. Marsol, *Degenerativa lumbar 1*, i el Dr. Jové, *Degenerativa lumbar 2*.

La presentació de la trobada anirà a càrrec del Dr. Jové. Els ponents seran especialistes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), l'Hospital Comarcal del Pallars, l'Hospital de Santa Maria, l'Hospital Joan XXIII de Tarragona, l'Hospital de la Seu d'Urgell i un metge de família del CAP de Cappon de Lleida. Així mateix, també hi participaran residents del servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatològica de l'HUAV.

La reunió s'adreça a traumatòlegs, rehabilitadors, metges de família i, en general, a tots els professionals que atenen patologies de columna. L'import de la inscripció és de 50 € per als col·legiats del COMLL i 70 € per a la resta. El curs està declarat d'interès sanitari pel Consell Català de Formació Continuada de Professions Sanitàries, que l'ha acreditat amb 0,9 crèdits. Els professionals interessats a assistir-hi s'han d'inscriure prèviament a <https://aplicaciones.fundanet.es/IRB-Lleida/CursosCongresos/Identificacion/IdentificacionFrw.aspx>. El termini d'inscripcions finalitza el 30 d'octubre.

I Jornada: Organitzacions i Territoris Saludables, el 4 de novembre a Lleida

La Universitat de Lleida (UdL) organitza la I Jornada: Organitzacions i Territoris Saludables, que tindrà lloc el 4 de novembre, de les 08.30 a les 19.00 hores, a l'Auditori del Campus de Cappon de la UdL. Carles Capdevila, exdirector del diari *Ara* i professor de la Universitat de Barcelona, pronunciarà a les 9.30 hores la conferència inaugural *Cuidar-nos amb alegria*. El també professor Ramon Camats presentarà el conferenciant.

La jornada s'organitza bàsicament en una taula rodona, exposició d'experiències i presentació de pòsters. La taula rodona abordarà a les 11.30 hores el tema *Com millorar la salut a Lleida? Iniciatives institucionals*, que coordinarà M. Luisa Guitard. Hi participaran Sebastià Barranco, Divina Farreny, Mercè Tor i Isabel del Arco.

A la tarda, a les 15.30 hores, Óscar Flores presentarà Sebastià Mas, Kelly Ferry, Carles Gelonch i Gemma Espigares, que parlaran sobre les seves experiències a *Esports i salut*. Tot seguit, Patricia Silva introduirà la presentació de les coneixences d'Eva Figuera, Cristina Fondevila, Mireia Fontanet i Jos Farreny sobre *Dona i salut*. Finalment, Carles Casanova encetarà el tema *Oci saludable*, que comp-

Carles Capdevila, exdirector del diari "Ara", pronunciarà la conferència inaugural

tarà amb les intervencions de Beni Saball, Maite Codina i Eva Moré.

Després de la visita a l'exposició de pòsters, coordinada per Gemma Espigares, Isabel del Arco presentarà a les 18.15 hores la Càtedra de Desenvolupament d'Organitzacions i Territoris Saludables de la UdL. La jornada s'acabarà amb la lectura de les conclusions de la trobada i el lliurament de premis als millors pòsters.

La participació en la jornada és gratuïta, però cal inscriure's prèviament a <http://www.jornadadots.udl.cat/2016/>.



I Jornada Catalana d'Actualització en Infectologia Pediàtrica a Lleida

Sobre infeccions per microorganismes multiresistents en patologia comunitària

El Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries organitza la I Jornada Catalana d'Actualització en Infectologia Pediàtrica, que tindrà lloc el 14 d'octubre al Palau de Congressos la Llotja de Lleida. La jornada debatrà sobre les infeccions per microorganismes multiresistents en patologia comunitària.

El Dr. F. Moraga i el Dr. E. Solé inau-

guraran la jornada a les 9.30 hores. A continuació se celebrarà la taula rodona *Present i futur de les resistències antimicrobianes*, que moderarà la Dra. M. Garcia, del servei de Microbiologia de l'Hospital Arnau de Vilanova.

A les 12 hores començarà la taula rodona *Infeccions a la comunitat i mesures d'aïllament de bacteris multiresistents*. El moderador d'aquest debat serà el Dr. C. Rodrigo, cap de servei de Pediatria de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron. A la tarda, a partir de les 15 hores, es realitzarà la taula rodona *Infeccions en la comunitat II*, que conduirà el Dr. P. Soler, de la unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències Pediàtriques de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron.

El preu de participació en la jornada és de 30 € (dinar inclòs). El període d'inscripció finalitza l'11 d'octubre i les places, que són limitades, es reservaran per ordre d'inscripció. Més informació, a kpecina@salutemporda.cat.

El "running" fins a les últimes conseqüències

Des de fa uns anys, vivim el fenomen del "running", una activitat física que genera salut, però que sovint es practica fins a les últimes conseqüències. Els casos de mort sobtada vinculats al "running" plantegen una pregunta: "On és el límit?" I aquest és el debat que us ofereix BUTLLETÍ MÈDIC.

La mort sobtada en l'esport, un accident poc freqüent

Al llibre del Gènesi s'explica com Adam, en ser expulsat del paradís, va ser condemnat —ell i la seva descendència— a "guanyar-se el pa amb la suor del seu front". Ja sigui per aquest motiu o molt probablement per un altre, l'evolució ha fet del cos humà un fantàstic aparell adaptat a la supervivència, més resistent al medi i amb una màxima eficiència en la consecució de nutrients i en la competència davant d'al-

tres espècies. El sistema locomotor coordinat/ajudat per la resta de sistemes, el cardiovascular principalment (tot i que també el respiratori, el neurològic, el metabòlic, l'immunològic...), ha estat durant molts, molts anys un determinant especial d'aquesta capacitat. Així doncs, l'ésser humà ha evolucionat per poder mantenir una activitat física que, alhora, pugui mantenir l'ésser humà.

No ha estat fins fa molt poc en l'escala evolutiva que les necessitats de l'ésser humà han canviat. És més fàcil aconseguir aliments, molts dels quals manipulem; cada vegada fa falta menys suor per guanyar el pa i cada vegada disposem de més

mitjans/estímuls per evitar l'activitat física. Sorgeix un problema, relativament recent, el sedentarisme, en contraposició a l'activitat física, i, de manera paral·lela, es desenvolupen els anomenats factors de risc cardiovascular. Si bé l'esperança de vida, en general, s'allarga, la principal causa de mort als països anomenats desenvolupats o evolucionats són les malalties cardiovasculars, seguides del càncer.

Estudis epidemiològics han posat de manifest la importància de l'exercici físic en la prevenció cardiovascular. L'exercici físic es defineix com a qualsevol moviment corporal produït pel sistema locomotor amb consum d'energia. L'adaptació muscular a l'exercici és la base de l'entrenament. La capacitat funcional i la quantitat d'exercici es correlacionen inversament en el desenvolupament de factors de risc cardiovascular i en la mortalitat a llarg termini per malalties cardiovasculars (35%) i neoplàsiques (33%), i confereix, de mitjana, uns 7 anys de longevitat. El sedentarisme és el concepte oposat al d'exercici físic, amb tota l'adaptació negativa o desadaptació que aconseguim o persegüim amb l'activitat física. L'estil de vida sedentari es defineix com a aquell que no compleix les recomanacions de pràctica d'activitat física d'intensitat moderada durant un mínim de 30 minuts 5 dies per setmana. Es considera que fins a un 40% de les persones són sedentàries, amb una lleugera reducció durant les últimes



dècades.

Els canvis adaptatius de l'exercici físic no només són beneficiosos pel que fa al risc cardiovascular i la longevitat, sinó que suposen un benefici directe per a la salut, amb la millora de la capacitat funcional, millora de la sensació de benestar, més equilibri emocional i efectes sistèmics positius en tots els òrgans i sistemes. És per aquest motiu que s'ha de promoure l'exercici físic com a eina de salut enfrontada al concepte de vida sedentària, i més quan la quantitat d'exercici per obtenir beneficis pot ser relativament modesta.

Si bé hi continua havent una àmplia bossa de sedentarisme — amb una certa reducció— que constitueix una qüestió de salut pública, en els últims anys hem assistit a un repunt en l'exercici físic *per se* en un grup de la població cada vegada més ampli, ja sigui en l'àmbit esportiu o bé en el purament recreatiu, i s'ha arribat a nivells d'intensitat francament elevats. Les recomanacions de les guies de pràctica clínica són d'almenys 150 minuts d'exercici de moderada intensitat a la setmana per a un adult sa. No és estrany que els atletes competitiu o amateurs arribin a les 20 h setmanals d'exercici d'alta intensitat (>15 mets), que suposen un augment considerable i sostingut de la despesa cardíaca, així com alteracions adaptatives fisiològiques, conegudes comunament com a cor d'atleta i que de vegades són gairebé patològiques o males adaptacions, probablement condicionades per la situació genètica del practicant.

Els canvis adaptatius induïts, principalment els cardiovasculars, la presència d'accidents en la pràctica esportiva, com la mort sobtada, i les conseqüències negatives més tardanes d'aquesta pràctica, que de vegades pot considerar-se excessiva, donen un toc d'alarma per ressituar el risc/benefici de l'activitat física i/o l'esport. Probablement, l'exercici físic es comporta com un potent agent terapèutic i, com a tal, té les seves indicacions, les seves dosis, les seves contraindicacions i els seus efectes secundaris quan parlem en termes de salut.

La mort sobtada cardíaca en l'esport és un accident poc freqüent, si bé té una gran repercussió mediàtica i social en produir-se en un grup de població que se suposa que és el màxim exponent de la salut. Amb tot, la mort sobtada en adolescents i joves és 2,5 vegades més freqüent



en els esportistes. Els mecanismes involucrats en la mort sobtada cardíaca en l'esport estan relacionats amb els canvis hemodinàmics, electrofisiològics i humorals que tenen lloc durant l'exercici. Així mateix, l'estrès ambiental extrem (temperatura, altitud, humitat...) i l'associat a la competició també hi poden tenir un paper determinant. No obstant això, en la mort sobtada en l'esport és comuna la presència d'una malaltia cardiovascular de base, habitualment silenciosa o amagada.

El risc de mort sobtada en practicants de menys de 35 anys és molt baix, 3 per milió, i la causa subjacent és la malaltia cardiovascular congènita, freqüentment miocardiopatia o canalopatia. En les persones

de més de 35 anys, el risc, si bé és baix, és 10 vegades superior, amb un clar predomini dels homes i d'una malaltia coronària subjacent. Tot i que hi ha evidències que l'exercici físic de resistència és un factor protector contra el desenvolupament d'aterosclerosi coronària, les conseqüències que graus baixos d'aquesta puguin expressar-se amb l'esforç o el postesforç la fan més perillosa. La manera de lluitar contra l'amenaça de la mort sobtada en l'esport és la prevenció primària — detecció de subjectes amb risc— i l'actuació ràpida davant d'accidents: disponibilitat d'equips de desfibril·lació externa automàtica i personal i entrenament en reanimació cardiopulmonar.

És evident que el sedentarisme és dolent, s'associa a factors de risc cardiovascular i eleva el risc de morbimortalitat cardiovascular. És evident que qualsevol forma d'exercici físic és beneficiosa, ja que millora la capacitat funcional i la sensació de benestar i redueix la morbimortalitat cardiovascular i general. Hi ha prou dades per considerar que una alta càrrega/volum d'exercici pot generar fenòmens adaptatius potencialment

negatius. Un article recent, basat en el Copenhagen City Heart Study, sobre els beneficis de l'exercici físic i la dosi necessària per obtenir-los reforça la impressió que aquests beneficis tenen forma d'U: el benefici màxim es troba en el control del sedentarisme, però sembla que es perd en nivells alts d'exercici.

Al Copenhagen City Heart Study se segueixen prospectivament, des del 1976, un total de 19.329

persones d'entre 20 i 93 anys i s'han analitzat els subjectes sense malaltia cardiovascular ni neoplàsia respecte a les seves pràctiques esportives. D'aquests, 1.098 es declaren practicants d'exercici físic a un nivell esportiu. Els practicants d'exercici físic esportiu (principalment corredors, caminadors i ciclistes) es reclassifiquen d'acord amb la intensitat i la freqüència/durada de la seva activitat, i s'analitza l'associació entre el nivell d'activitat física i la mortalitat de qualsevol causa comparant els esportistes amb el grup de subjectes sedentaris sense pràctica esportiva. En el grup d'estudi, la reducció més important de mortalitat s'aprecia en el grup de pràctica esportiva lleugera, de

Qualsevol forma d'exercici físic és beneficiosa, ja que millora la capacitat funcional i redueix la morbimortalitat cardiovascular i general

fins a 2,4 h d'activitat setmanal, i la mortalitat del grup amb pràctica esportiva intensa és semblant a la del grup sense activitat física. Aquestes dades semblen corroborar impressions prèvies pel que fa a la forma d'U en el benefici de l'esport respecte a la mortalitat, quan és ben sabut que, en termes generals, l'esport s'associa a la reducció global de la mortalitat. Un altre informe recent i semblant, de Lee DC 2014, respecte a la repercussió de l'exercici físic recreatiu en la mortalitat, confirma una important reducció global de la mortalitat, però amb més èmfasi en els grups de pràctica lleugera/moderada, mentre que altes dosis d'activitat esportiva s'associen amb la pèrdua d'aproximadament la meitat dels beneficis que s'obtenen amb dosis més moderades d'activitat. Segons aquest últim estudi, el règim més favorable s'obté amb la cursa lleugera (7 milles/h) en tres sessions setmanals, amb un total acumulat de 6 milles.

En la població que practica mara-

Si perseguim objectius de salut, l'exercici lleuger/moderat i regular mostra un rendiment òptim

tons, triatlons i altres activitats amb una alta despesa energètica sostinguda, s'indueix, a llarg termini, a un remodelatge estructural cardiovascular que dona lloc a una sobrecàrrega volumètrica que pot causar un estirament crític del múscul auricular, així com una elevació de marcadors de lesió i detecció de fibrosi miocàrdica, particularment en aurícula, septe interventricular i ventricle dret, cosa que crea un substrat per al desenvolupament tardà de potencials arítmies supra i ventriculars, que poden explicar aquesta pèrdua del benefici tardà respecte a la morbimortalitat. Amb tot, en aquest grup, l'exercici físic s'associa a una evident millora en la condició física general: millora el rendiment

cardiorespiratori, facilita el control de factors de risc i també millora el sistema metabòlic i immunitari.

No obstant això, hi ha evidència acumulada que els patrons d'activitat física i esportiva orientats a la salut cardiovascular i a la disminució de la morbimortalitat a llarg termini poden diferir dels règims d'entrenament orientats a la consecució d'objectius a més curt termini, com el desenvolupament i la consecució de la màxima eficiència física i cardiovascular.

Si amb l'exercici físic perseguim la millora del rendiment general i la satisfacció personal, ens hauria d'amoïnar la seguretat i la possible repercussió tardana d'una mala adaptació cardiovascular que con-

dicioni el futur. Si el que perseguim són objectius de salut general amb vista a la reducció de la mortalitat, l'exercici lleuger/moderat i regular mostra un rendiment òptim, mentre que nivells més alts no són necessaris ni convenients.

Drs. Agustí Ardiaca i Jordi Tomàs

Aspectes psicològics de córrer (o n'hem de dir "running"?)

Córrer s'ha convertit en els últims anys en un fenomen social i ha deixat de ser només un esport. Tan sols cal que mireu la quantitat de curses populars que hi ha cada cap de setmana al nostre voltant. Però, és aquest un fenomen saludable?

Juntament amb aquesta popularització, han aparegut de forma creixent notícies de gent que perd la vida durant la participació en curses, sobretot en les de llarga distància, com les maratons o mitges mara-

tons... Fa pocs dies, dues persones en una maratón, un persona a la Behobia de Sant Sebastià, i podríem continuar la llista. Però, per què succeeixen aquestes coses en una activitat que sempre s'ha dit que és sana? Aquí és on entren, encara que no ho sembli, els aspectes psicològics.

L'explicació psicològica d'aquest fenomen té diferents facetes que fan que córrer sigui una activitat actualment molt gratificant. Ens podríem allargar molt en cada una, ja que existeixen multitud d'estudis publicats, però, com que no és l'objectiu d'aquest escrit, en farem un breu resum.

En primer lloc, pel que fa als aspectes biològics, físics, hi ha una gran alliberació d'endorfines al nostre cervell, que actuen com a opiacis endògens i ens generen un benestar gran que ens fa sentir bé amb nosaltres mateixos, com passa en altres esports aeròbics, com el pàdel (que, no per casualitat, també s'ha popularitzat molt), si bé córrer

és l'activitat en què més se'n generen i de forma més continuada pel tipus d'exercici que comporta.

Hi ha un component de reforçament i de dependència de gratificació molt gran, ja que és una activitat en què, a poc a poc (almenys hauria de ser a poc a poc), vas superant els teus límits inicials, i el reforçador positiu que comporta cada superació d'una barrera ens porta a voler superar la següent per tornar a gaudir del reforçador.

I per acabar —si bé no és el factor menys important, sinó, en l'actualitat, tot el contrari—, hi ha la qüestió de la moda, la bona imatge social que té. Les modes ens marquen com a societat i córrer, indiscutiblement, està de moda, i, a més a més, és una moda ben vista, perquè està ben vist ser esportista i competitiu.

Mentre tot es fa amb mesura, com en qualsevol activitat, tot sembla i és positiu. L'esport i la capacitat de superació generen beneficis físics i emocionals, però hi ha límits, i aquests límits són personals i intransferibles.

Si participes en alguna cursa de llarga distància o hi vas d'observador, a simple vista veus que s'estan superant aquests límits: persones que arriben a meta exhaustes, gent amb poca preparació que s'arrisca a continuar, etc. Hi ha molta gent que, per una barreja de totes les qüestions ja comentades, passa la frontera del que és sa. I avui no parlo tant del potser més conegut fenomen de l'addicció a l'esport o a córrer, com del que es podria anomenar "sobrentrenament", qüestions molt diferents. Crec que, si hi afegim l'aspecte de la moda, és el que ens trobem habitualment.

A diferència de l'addicció, en què la persona utilitzaria l'esport com a font de plaer per a la integració de tots els reforçadors esmentats, en el sobrentrenament trobem que es prioritzen els aspectes dels reforçadors socials de la moda, el fet d'estar integrat en un grup determinat. Per tant, és imprescindible la identificació amb aquest grup, de forma que cal portar roba concreta, tècnica, evidentment; cal portar un GPS al canell, uns mitjons compressius, unes bames amb un drop adequat... I, és clar, també cal haver realitzat una maratón o unes quantes i fer els 10 km per sota de 45 minuts! Com podeu veure, de forma deliberada en cap moment anomeno l'entrenament i el temps que cal per a això. El problema radica en el fet que, quan és més important l'ob-



jectiu que no pas l'esport en si —en la societat del segle XXI tot ha de ser ràpid—, no sabem esperar: la gratificació ha de ser immediata.

Un cop tenim la gratificació de pertànyer al grup després d'haver comprat tot el material adequat, aquesta és fàcil i passem a voler de forma immediata la gratificació de ser del grup que corre maratons i del que corre més ràpid. I s'ha d'aconseguir de seguida! Quan fem una marató 5 mesos després d'haver fet la primera passa corrent, comencen els problemes físics: exigim al nostre cos una cosa per a la qual no està preparat. El nostre cervell, embriagat d'endorfines i, sobretot, de condicionaments socials i reforçadors de l'entorn, valora més això que no pas els senyals del propi cos. És més important satisfer les necessitats psicològiques del plaer immediat que no pas fer cas del cos, que ens demana temps i anar més lents. Ni tan sols es tracta d'una postura hedonista, sinó que potser ens atansariem més a Maquiavel, ja que el procés no es gaudeix ni preocupa: només preocupa el final, l'èxit, l'èxit del reconeixement social.

En conclusió, i encara que sembli el contrari, sóc un defensor de córrer com a activitat esportiva i fins i tot d'oci, però, com en qualsevol cosa, hem de ser prudents, conèixer els nostres límits, escoltar el nostre cos, no només certs missatges del nostre cervell, seguir les normes de seguretat, fer revisions adequades... I no oblidar que el que volem és gaudir durant molt de temps.

Dr. Joan Marc Dolcet Serra
Psicòleg

El deporte está de moda..., ¿y la nutrición?

Como regla general, cuando cualquier persona piensa en deporte, piensa en salud o bienestar, ¿pero realmente es así? Cuanto más deporte hago, ¿más salud tengo?

Practicar deporte está de moda. Actualmente, el *running* es uno de los deportes más practicados y que generan más movimiento. Cada semana podemos elegir entre diferentes tipos de competiciones, ya sean de montaña, nocturnas, maratones o carreras populares, entre otras, que van desde los 3 km hasta más de 100 km. Es decir, un sinfín de posibilidades y modalidades. Pero, ¿lo estamos haciendo bien?



¿Tenemos en cuenta todos los aspectos importantes alrededor del deporte? Desde mi punto de vista, muy poca gente es consciente de la importancia de la nutrición cuando se practica deporte. La manera como nos alimentamos para la práctica deportiva generalmente no está bien gestionada.

En primer lugar, se tiene literalmente pánico a los hidratos de carbono. Este macronutriente, que aporta la energía necesaria para la actividad física y, además, regenera las reservas de glucógeno de los músculos y en el hígado, es el más descuidado, especialmente en aquellos deportistas que quieren bajar de peso. No solo se someten a largas sesiones de entrenamiento sin los glúcidos suficientes para afrontarlo, sino que dicha situación obliga al

organismo a entrar en catabólisis proteica, con la gran probabilidad de lesión y de pérdida de masa muscular que ello conlleva.

En segundo lugar, la hidratación es la pauta más olvidada, especialmente en la carrera a pie. La gran mayoría de deportistas no quieren llevar consigo bidones de hidratación, olvidando que, bioquímicamente, los procesos para una correcta respuesta fisiológica y una correcta termorregulación en el deporte requieren sales minerales, glucosa y agua.

Nutricionalmente, a partir de la dieta se deben cubrir las necesidades energéticas suficientes para que la disponibilidad de energía sea óptima (entre 35 y 45 kcal por cada kg de masa magra). Dicha energía debe aportar como mínimo entre

3 y 4 g de hidratos de carbono por cada kg de peso, entre 1,2 y 1,5 g de proteína y un aporte adecuado de grasas, especialmente lípidos poliinsaturados. Todos esos nutrientes ayudarán al correcto mantenimiento de las fibras musculares y articulares, evitarán procesos inflamatorios y colaborarán en un correcto funcionamiento hormonal y un sistema inmunitario en correctas condiciones. Todos ellos, factores determinantes para el rendimiento deportivo.

El aporte de vitaminas, especialmente las liposolubles como la vitamina D, y los minerales son esenciales, ya que participan especialmente en la contracción muscular y actúan como cofactores en numerosos procesos fisiológicos. Los antioxidantes son necesarios para un correcto

balance del estrés oxidativo, y la fibra, para una correcta salud del intestino. Cabe recordar que la carrera a pie genera mucho impacto en la pared intestinal, debilitando y disminuyendo la absorción de nutrientes durante el ejercicio, aumentando la probabilidad de molestias como diarreas o vómitos.

Cada individuo, tanto el deportista activo como el ocasional, debe ser responsable de su propia nutrición y de que esta sea equilibrada respecto a su nivel de ejercicio físico realizado. La educación nutricional debe estar siempre presente en la práctica del deporte. Todo deportista debe revisar sus hábitos nutricionales y hacer hincapié en el mantenimiento de la salud con relación a su disciplina deportiva.

A modo de reflexión: si actualmen-

te practicas un deporte, ¿por qué continúas comiendo igual? Si tu entrenamiento cada día es diferente, ¿crees que deberías comer cada día igual?

Cristian Didier Hernández
Nutricionista y dietista
Máster en Nutrición
Deportiva e Investigación
Predoctorado en Nutrición
Deportiva y Aumento del
Rendimiento Deportivo
Director de Disanta Nutrición

El "running", ejercicio físico portat a les darreres conseqüències

Per introduir aquest tema caldria fixar tres conceptes que, encara que són molt diferents, la gent del carrer confon. Ens referim a:

Activitat física. Qualsevol moviment corporal fet amb la musculatura esquelètica que comporti un consum d'energia. Les activitats de la vida diària com vestir-se o rentar-se són activitats que fan les persones i que comporten consum de energia, però, com que són necessàries per a viure, no es consideren exercici físic. El mateix passa amb les activitats laborals o les feines de casa.

Exercici físic. És una categoria de l'anterior, ja que és tota activitat física realitzada per l'organisme de forma lliure i voluntària i que és planificada, estructurada i repetitiva amb més o menys consum energètic. L'exercici físic té com a finalitat millorar el funcionament de l'organisme i no dóna un benefici material o social. Hi podem incloure córrer, remar, anar en bici o nedar, per citar-ne alguns exemples.

Esport. És la realització de l'exercici físic seguint una certa ordenació i sota unes regles de joc. S'hi inclouen els entrenaments i la competició.

Per tant, el fenomen del *running* al límit que estem vivint des de fa uns anys entraria dins l'apartat de l'exercici físic portat a les darreres conseqüències i també dins de l'esport, amb uns entrenaments i unes competicions molts superiors als de la gran majoria d'esports professionals.

També caldria diferenciar entre l'atletisme i el *running*. Són dos termes totalment diferents. L'atletisme és una assignatura instructiva i el

running és una afinitat convertida en fenomen social que genera salut i benestar, però que a vegades es pot convertir en quelcom dolent per a la salut. L'atletisme és pur i dur, qui el practica ho sol fer des de petit o adolescent. El *running* està enfocat com una activitat esportiva per a gent que fins i tot practica altres esports diferents com ara el ciclisme, pilates, *spinning*, natació...

En un inici, els que fan *running* no busquen medalles ni protagonismes col·lectius. La gran majoria dels practicants de *running* comencen a córrer quan han superat els 28 anys i els seus objectius són diferents dels de l'atletisme. Els *runners* aspiren a trobar-se bé o s'imposen un repte personal que els estimuli, els faci feliços i els ajudi a estimar-se un xic més. El problema apareix quan es marquen uns objectius molt superiors a aquells per als quals estan preparats, tant fisiològicament com biomecànicament.

Són moltes les vegades que he preguntat als practicants de *running* què senten quan surten a córrer. La majoria diuen que és un conjunt de sensacions que els poden portar a una situació de plaer, plaer que enganxa com una droga molt dura. Hi ha fisiòlegs de l'esforç que diuen que és a causa de les endorfines que s'alliberen que els fan sentir molt bé. Això, més altres factors com ara contemplar el paisatge, deixar anar els pensaments, perdre pes, marcar-se uns objectius, o relacionar-se socialment quan se surt en grup, fa que aquesta sensació de benestar físic i psíquic es vulgui mantenir en el temps.

Aquest tipus d'activitat, a diferència d'altres com la vela o el golf no entén de classes socials ni de poder econòmic. L'equip per practicar *running*, malgrat que avui dia està molt tecnificat i el mercat agafa tots els preus, consisteix en una samarreta, un xandall i unes bones sabatilles esportives. El *running* tampoc entén d'agendes complicades: el practicant de *running* sempre pot trobar una estona del dia per sortir a córrer. A més a més, no cal utilitzar una instal·lació esportiva. Aquest fenomen social també ha arribat a la classe política dirigent. Són moltes les fotografies que tenim de dirigents polítics als quals en algun viatge internacional s'ha pogut fotografiar fent *running* pels carrers del voltant de l'hotel on pernocten. Ara mateix em vénen al cap els registres gràfics o de televisió d'aquests polítics: Mariano Rajoy, Pedro Sánchez,

Rodríguez Zapatero, Pablo Iglesias, José María Aznar i els estrangers Barack Obama, David Cameron i Nicolas Sarkozy.

Sabem que la pràctica regular d'activitat física és molt bona per a la salut, però quan aquesta es fa de forma desmesurada i sense cap tipus de control, poden produir-se problemes mèdics. Hi ha vegades que el practicant de *running* no sap

o no vol saber on és el límit fisiològic on s'obtenen màxims beneficis per a la salut. No conèixer aquest límit fa que moltes vegades entrem en situacions patològiques de diferents tipus. Entre aquestes tenim problemes cardíacs, lesions per sobrecàrrega...

Actualment hi ha eines mèdiques suficients, com ara proves complementàries cardíques, exàmens

fisiològics que donen informació del consum màxim d'oxigen i del llindar anaeròbic, per saber on és el límit per fer salut. Tampoc hem d'oblidar que avui dia hi ha una infinitat de tècnics esportius que poden ajudar a fer l'activitat física de forma controlada i, per tant, minimitzant el risc.

Actualment es veuen casos d'esportistes que estan superant aquest límit fisiològic del benefici de l'ac-

tivitat física i casos de sobreentrenament –fatiga crònica esportiva o lesions per sobrecàrrega a causa d'un excés d'entrenament i que se solucionarien simplement no sobrepassant el límit fisiològic o elàstic, respectivament.

L'Administració de la Generalitat, per llei, només fa el seguiment de l'esportista d'alt nivell o de tecnificació. A la nostra província només

es considera alt nivell el piragüisme d'aigües tranquil·les del Sícoris i el d'aigües braves del Cadí Canoe Kaiac de la Seu d'Urgell, la practica d'esquí de l'equip nacional i de tir amb arc, l'atletisme de nivell internacional i l'equip de màxima categoria nacional de bàsquet del Sedis de la Seu d'Urgell, en que gairebé totes les jugadores són estrangeres o de la selecció espanyola. El futbol del





Lleida Esportiu i el bàsquet masculí del Força Lleida no són esports d'alt nivell.

La resta d'esportistes han d'acudir a centres privats, ja que la Medicina de l'Esport no entra a la Seguretat Social i la iniciativa privada es veu coaccionada pels preus que cal pagar per fer un examen mèdic de qualitat que serveixi per minimitzar els riscos. Per tant, tenim una bona eina terapèutica (l'activitat física), però moltes vegades amb una mala aplicació.

A Lleida capital tenim un projecte que pot millorar aquesta situació que actualment està en precària. Es tracta del trasllat del Centre de Medicina de l'Esport de la Generalitat –que fa vuit anys que està d'okupa a la Caparrella– a

l'Hospital de Santa Maria de Lleida. Aquest projecte ja fa 3 anys que es va realitzar a Girona, quan es va traslladar el Centre de la Generalitat a l'Hospital de Santa Caterina de Salt (IAS). Fa 8 mesos es va traslladar el corresponent de Tarragona a Santa Tecla. A Lleida, ja s'han reunit les autoritats esportives de Barcelona amb les autoritats sanitàries de Lleida. Només ens queda que s'alliberi espai del Santa Maria amb la inauguració del nou CAP 11 de Setembre perquè el projecte sigui una realitat. Això ens permetrà potenciar més la investigació que actualment ja s'ha fet amb el servei de Reumatologia i Neurologia del Santa Maria, així com ampliar l'horari laboral per a esportistes lleidatans que actualment no formen part

de l'alt nivell.

No voldria acabar aquest escrit sense fer una reflexió. Hi ha massa curses populars (no hi ha tants caps de setmana per a tantes curses, ja que cada poble i cada barri té la seva). Curses que estan subvencionades per l'Administració pública (ajuntaments, diputacions... i entitats particulars, en especial cases comercials). Sempre hi ha negoci pel mig: empreses privades que s'encarreguen de les inscripcions, les classificacions, els cronometratges. Ja sé que també s'han de pagar les ambulàncies i les hores extra de la Guàrdia Urbana per tallar vies públiques, però sempre es fan molts més diners que despeses i, després, es neteja la consciència donant una minsa quantitat a una

entitat benèfica.

La meua pregunta és on van a parar els diners sobrants? Aquestes curses es fan sense demanar uns mínims mèdics, ja que el que es vol és limitar la despesa al màxim de l'atleta, però no hem d'oblidar que aquest esportista es gasta una quantitat molt gran en material esportiu i no res en prevenció mèdica. Cal que l'Administració reglamenti totes aquestes curses populars, perquè és on tenim més

incidència en morts sobtades i lesions per sobrecàrrega. Ara bé, qui ha de dir on és el límit? Jo crec que és l'esportista qui ha de posar-se aquest límit, però de moment n'hi ha molts que no ho fan i per això gairebé cada cap de setmana hi ha morts sobtades o una infinitat de lesions per sobrecàrrega.

Dr. Fernando Pifarré San Agustín

Metge especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport

Podòleg

Director del Servei de Medicina de l'Esport a Lleida.

Generalitat de Catalunya

Professor responsable de l'assignatura de Biomecànica. Grau de Podologia. Universitat Central de Catalunya. Campus Manresa.

On és el límit?

On és el límit? Quan un exercici o una activitat física deixen de ser beneficiosos i passen a ser perillosos? Què fem? Correm, saltem, fem musculació, abdominals... o simplement caminem, fem passejades en bici, o millor encara, una sauna i al sofà?

Es cert que el córrer causa lesions, igual que els abdominals augmenten la pressió a les vèrtebres; el futbol ruptures musculars; alguns exercicis de musculació alteracions funcionals, i així múltiples pràctiques esportives que resulten agressives per al nostre cos, sobretot les més explosives com el futbol, el pàdel, el tennis. Però córrer, podem dir que pertany als esports més lineals i, per tant, més sans, i es pot considerar una de les formes de practicar activitat física de manera recreativa i lúdica més saludables des d'un punt de vista cardiovascular. A més a més, gràcies a l'estrès sobre els sistemes muscular, conjuntiu, ossi o articular, es generen noves adaptacions i s'aconsegueix que els cartílags estiguin més protegits, que els tendons siguin més resistents i que els músculs siguin més eficients.

Però actualment el *running* està de moda, i molta gent el practica lliurement sense cap assessorament tècnic i sense tenir els mínims coneixements sobre els possibles riscos

que també existeixen en aquesta pràctica. Prolifera en els corredors que competeixen en qualsevol cursa, i fins i tot es plantegen acabar una mitja maratón o una maratón sense estar preparats. Es deixen portar per l'aspecte emocional i de repte, sense preveure'n les conseqüències físiques. El cor pot, el cap vol i el físic no aguanta.

La majoria de corredors populars no treballen els estabilitzadors, no fan cap treball de força compensatori, no realitzen estiraments, i, encara menys, tècniques de correcció postural o de la petjada. Per aconseguir tots els beneficis de córrer de què parlàvem abans i minimitzar-ne els riscos, és necessari planificar i integrar exercicis preventius, compensatoris i correctius per corregir els desequilibris, escurçaments i dèficits posturals que es tenen.

Acabar qualsevol cursa de més de 10 km adequadament requereix una certa experiència corrent i una preparació específica des d'un punt de vista cardiovascular i muscular.

És un gran error pensar que una prova se supera amb una bona capacitat per suportar el dolor i amb una gran fortalesa mental. Una bona planificació tracta de minimitzar els danys musculars i fa que es pugui acabar una prova en bones condicions.

Particularment, la persona més saludable és aquella que aconsegueix un bon estat de forma amb el mínim risc per a la seva salut. L'esport d'elit no és el millor representant de la bona salut: xutar més de 100 vegades cada dia una pilota, fer més de 60 km a la setmana corrent o fer 200 salts diaris no és bo pel nostre cos en cap nivell.

Cadascú té uns límits físics, per l'edat, pel seu pes, per la seva estructura òssia i articular (genolls, esquena,...) i també està limitat per la vida que porta. Un esportista d'elit no treballa i es dedica al 100% a entrenar-se i descansar. Un corredor popular treballa, té família i, a més a més, s'entrena.

Per tot això, crec que un dels grans errors en les curses populars és voler fer les distàncies reglamentàries de mitja maratón i maratón. El salt de 21 a 42 km em sembla una exageració, i estem cansats de veure com la majoria de corredors que acaben una mitja maratón ja estan parlant del pròxim repte, la maratón. Per què no es fan curses de 8, 15, 25 o 30 km?

Sé que moltes persones senten admiració per la prova de la maratón,

Cal que l'Administració reglamenti les curses populars, perquè és on tenim més incidència en morts sobtades i lesions per sobrecàrrega

però estem parlant de 42 km, una prova que no és del tot saludable per a la nostra mecànica corporal, i encara ho és menys entrenar-nos com si fóssim atletes professionals. Però no estic en contra d'aquesta cursa, sempre que al darrere hi hagi un tècnic que porti la planificació i l'adeqüi a les particularitats de cadascú. En la mateixa línia, hem de pensar que no es poden fer més d'una o de dues maratons a l'any. Els atletes no en fan més de dues, i, en canvi, veiem persones que van de marató en marató fins que un dia tenen molèsties i lesions, que en alguns casos són irreversibles.

La gent amateur ha de poder gaudir del *running* durant molts anys, ha de ser conscient del risc i dels beneficis i ha d'utilitzar la cursa com un mitjà per assolir els seus objectius emocionals i físics, ara i d'aquí a 10 o 20 anys. Com diu el Dr. K. Cooper, "no posis anys a la teva vida, sinó vida als teus anys".

Ascensió Ibáñez Riestra

Llicenciada en INEF i entrenadora nacional d'atletisme.

Es necesaria la valoración médica previa y la preparación y adaptación física

El *running*, *footing*, *jogging* o el correr de toda la vida han enganchado a una parte importante de la población. Como toda moda, con el paso del tiempo da lugar a diferentes variantes y, en paralelo, aparecen las modalidades extremas. Con un rápido vistazo sobre el tema en Internet me he encontrado con el Natural Running. Esta disciplina, que parece ser de lo más normal en el Central Park de Nueva York, preconiza el correr descalzo. Su idea se basa en el hecho sobradamente constatado de que el hombre ha ido descalzo la mayor parte de la historia de la humanidad¹. Unos *links* más allá me encuentro con la historia de Ricardo Abad. Este tafallés se propuso correr 1 maratón al día hasta completar 1.000. Abandonó cuando llevaba 607 por... Pues no, ni enfermó ni se lesionó, dejó el reto al no encontrar financiación.^{2,3}

Ahora vayamos más allá y veamos qué reflejo clínico puede tener esta moda. Todos somos conocedores de las bondades del deporte, pero ¿qué nos aporta el *running* y qué

problemática nos puede acarrear en el aparato locomotor? El ejercicio, y la carrera en particular, promueve el aumento del grosor de los cartílagos articulares y previene la pérdida de proteoglicanos que les confieren las propiedades viscoelásticas. Del mismo modo, hay una clara relación entre el ejercicio y un adecuado índice de masa corporal. Sin embargo, es conocido que el estrés mecánico es causa fundamental en el desarrollo de osteoartritis.

Así pues, aquí surge la primera controversia: ¿es el *running* causa de artrosis o es factor de protección contra esta? Podemos encontrar bibliografía con resultados en los que el ejercicio aumenta, disminuye o no tiene efecto significativo en el desarrollo de osteoartritis. Aunque podamos encontrar artículos favorables para cualquiera de las hipótesis, podemos destacar el estudio de Williams.⁴ En él se concluye que no existe evidencia del aumento de riesgo de artrosis en los corredores aficionados. Incluso se observa que, en los atletas maratonianos amateurs o con alta carga de kilómetros, estos valores son significativamente más bajos tanto en osteoartritis como en prótesis de cadera.

Del mismo modo, no hay ventaja añadida en los aficionados a caminar (evitan el estrés del impacto de la carrera) respecto a los que corren. Sin embargo, existe el doble de probabilidades de degeneración articular en otros deportes, como el fútbol o la halterofilia. También existe un aumento de probabilidad de artrosis de hasta 6 veces en actividades profesionales que requieren flexión de rodilla. Esta acción es más común en disciplinas como el aeróbico, circuitos de entrenamiento y actividades propias de los gimnasios.

Un segundo capítulo a tratar es el de las lesiones en el contexto de la práctica de esta modalidad deportiva. En nuestras consultas hemos sido testigos de un aumento de las visitas por afectaciones del aparato locomotor como consecuencia del *running*. Es algo implícito en el deporte y, junto con el pádel y el fútbol,



bol, son nuestros *suministradores* de pacientes más habituales. Esto no debe ser una causa para no practicar este ejercicio, pero debemos ser conocedores de las características de las lesiones para evitarlas en la medida de lo posible.

Destaco en este caso el artículo de Rauh et al, que siguieron durante una temporada atlética de 15 años a corredores jóvenes aficionados. En él se relatan todos los episodios de lesión (definida como problema médico resultado de la práctica de atletismo, ya sea entrenamiento o competición, que acarrea la pérdida de sesiones de *running*), la duración y localización de la patología. Se observa una tasa bruta de lesiones de 13,1 por cada 1.000 exposiciones, es decir, perdemos al menos 1 sesión de entrenamiento/competición en 13 ocasiones cada 1.000 veces que vamos a correr, o lo que es lo mismo, algo más de una lesión cada 100 salidas. El riesgo de recaída en la misma temporada se quintuplica respecto a los corredores

que no han sufrido lesión.

Las causas apuntadas coinciden con lo observado en la práctica clínica: infravaloración de la lesión inicial, no realización del tratamiento rehabilitador pertinente y/o un prematuro retorno a la actividad deportiva. La duración será habitualmente corta, ya que casi el 70% de los casos se perdieron 4 o menos sesiones de entrenamiento/competición y solo el 12,5% perdieron más de 15. Las localizaciones más prevalentes fueron la rodilla, pantorrilla y tobillo.

Por último, deberíamos analizar qué factores nos predispondrán a una lesión. Resaltamos aquí el trabajo de Van Middelkoop et al. En él se analizan a más de 700 corredores aficionados de la Maratón de Rotterdam 1 mes previo a la competición, justo al acabarla y a los 3 meses. Se observa que un 63% de los participantes presentaron una lesión (autorreferida) al acabar la maratón y un 25% del total tenían

clínica persistente al final de período de estudio. De estos últimos, 7 de cada 10 desconocían cuánto durarían las molestias y el resto pensaban que probablemente desaparecerían durante el mes siguiente. Solo un 16% habían consultado a un médico y el 24%, a un fisioterapeuta.

Los factores que se observaron como facilitadores de lesión fueron la comorbilidad no musculoesquelética en los que habían entrenado sobre superficie natural (caminos o similar) y en los que habían tenido lesiones previas (en ellos, además de mayor riesgo, la patología era más grave). Otro elemento fundamental que este estudio no contempla, pero que está muy contrastado es el índice de masa corporal >25. El factor que se mostró como protector fue la experiencia, considerando como corredor experto al que había practicado el *running* durante más de 10 años. Esto puede explicarse por el *fenómeno de la supervivencia*: solo los más aptos

sobreviven, ya que son capaces de superar las lesiones durante la fase de aprendizaje mientras que otros abandonan esta práctica deportiva por no ser capaces de solventarlas.

La práctica del *running* en un contexto de amateurismo es beneficiosa para el organismo. Sin embargo, no podemos obviar que todo deporte trae consigo la posibilidad de lesiones. La preparación y la adaptación física, el material, la valoración médica previa, así como el adecuado seguimiento y tratamiento de las lesiones harán que nuestra afición no se convierta en nuestro tormento.

Parece ser que no debería preocuparnos el riesgo de artrosis, y que el *running* tiene menor riesgo de afectación sobre el aparato locomotor que otros deportes muy practicados en nuestro entorno. Nuestras piernas, sobre todo entre rodilla y tobillo, serán las zonas más castigadas, aunque no debemos obviar las raquialgias bajas o sus reagudizaciones, ya que existe una alta prevalencia de lumbalgia en la población. Como norma general tendremos problemas banales y, si los infravaloramos, no los tratamos adecuadamente y/o retornamos prematuramente la carrera, tendremos un riesgo elevado de no curarlo o recidivar. Como siempre, la experiencia es un grado pero hasta ese momento prudencia y evitemos los extremos.

Dr. Luis Mambrona Girón, Dra. Ester Sebastia Vigatá, Dra. M^a Elena Hijos Bitrián, Dr. Miguel Castellano del Castillo, Dra. Ana M^a León Espitia y Dra. Gemma Ariza Carrió

Médicos rehabilitadores del Servicio de Rehabilitación de la Región Sanitaria de Lleida

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://deporte.uncomo.com/articulo/que-es-el-natural-running-30472.html>
2. <http://runmaniac.com/desafiando-los-limites-del-cuerpo-humano/673/>
3. https://es.wikipedia.org/wiki/Ricardo_Abad
4. Williams PT. Effects of running and walking on osteoarthritis and hip replacement risk. Med Sci Sports Exerc. January 30, 2013
5. Rauh, M. J., A. J. Margherita, S. G. Rice, T. D. Koepsell, and F. P. Rivara. High school cross country running injuries: a longitudinal study. Clin. J. Sport Med. 10:110-116, 2000
6. Middelkoop M, Kolkman J, Ochten J, Bierna Zeinstra SM, Koes BW. Course and predicting factors of lowerextremity injuries after running a marathon. Clin J Sport Med 2007;17(1):25-30.

¿El "running" causa artrosis o es factor de protección contra esta?



1. Farmàcia 2. Antiga entrada a l'hospital 3. Prestatgeria de 1983 4. Armari de farmàcia de les sales 5. Dispensant a la farmàcia 6. Farmàcia.

100 anys de Farmàcia de l'Hospital Universitari de Santa Maria (1916-2016)

El 13 d'abril de 1454 es va col·locar la primera pedra de l'Hospital de Santa Maria, hereu de l'antic hospital medieval que donava servei sanitari a tot Lleida. Actualment, en aquest indret hi ha la seu de l'Institut d'Estudis Ilerdencs (IEI), que guarda en el seu arxiu dades importants sobre aquestes èpoques.

Els avenços introduïts per la medicina van exigir la construcció d'un nou hospital. Així, entre el 1922 i el 1928 es va aixecar l'Hospital Provincial de Santa Maria, de la Diputació, a l'indret on actualment s'ubica, i es va inaugurar oficialment l'1 de maig de 1928.

És en data de 2 de maig de 1916 que la Diputació Provincial de Lleida acorda la creació d'una "farmàcia única provincial", que donaria servei a tots els establiments de beneficència de la ciutat. Ara fa 100 anys, l'antiga farmà-

El 2 de maig de 1916, la Diputació de Lleida va acordar la creació d'una "farmàcia única provincial"

cia va traslladar-se a les noves instal·lacions de l'Hospital de Santa Maria, on continua en l'actualitat.

El passat 2 de maig es van celebrar els 100 anys de la seva fundació.

Cal dir que en els darrers 25 anys s'ha avançat de forma molt ràpida. Ha estat important el traspàs de la gestió de la Diputació Provincial a l'empresa

pública de la Generalitat Gestió de Serveis Sanitaris, l'any 1992.

El Servei de Farmàcia, en la línia, es considera prestador de Serveis Farmacèutics, i el primer canvi en aquest sentit va ser la dispensació de medicaments, l'any 1993, a la Unitat Sociosanitària de l'Hospital Arnau de Vilanova. Ha continuat prestant serveis, com es mostra a la Figura 1, i ha realitzat progressives certificacions de qualitat ISO 9001: 2008 (Figura 2).

L'objectiu a l'hora de preparar el centenari de la Farmàcia de l'hospital era poder recollir el material necessari per fer una exposició descriptiva d'aquests últims 100 anys.

Voldria remarcar que nosaltres no som historiadors, sinó que dediquem el dia a dia a una activitat assistencial vers els pacients. Quan es va fer el trasllat a les noves dependències del Servei de Farmàcia, vam ser conscients de la importància del llegat que teníem a les nostres mans. Sense experiència, però amb una gran il·lusió, vam anar catalogant i etiquetant, un per un, tots els pots i els estris. El mobiliari corria perill i era urgent canviar-lo d'ubicació. Es va decidir, conjuntament amb el gerent, que aleshores era el Dr. Armand Arilla, i el president del Col·legi de Farmacèutics, llavors Víctor Berga, signar un conveni de col·laboració entre les dues entitats, en virtut del qual, a canvi de la cessió d'aquest material, el Col·legi es comprometia a restaurar els mobles i



a exposar i custodiar els pots i la resta de material.

Faltava un aspecte: donar a conèixer als lleidatans on eren els pots de farmàcia de l'antiga col·lecció de l'Hospital Santa Maria. És per aquest motiu que es van organitzar unes Jornades del Centenari, una part de les quals es va dedicar a les "portes obertes", al matí, de la farmàcia actual, i a l'exposició de la farmàcia antiga, a la tarda, al Col·legi de Farmacèutics.

El matí del dia 2 de maig, dia en què se'n complien, exactament, 100 anys, es va dedicar a la història de la farmàcia, amb una ponència a càrrec del Dr. Jacint Cabau; i la tarda, al futur, des de la farmàcia hospitalària fins a la comunitària. L'endemà, el 3 de maig, es va parlar de seguretat clínica en els pacients, amb diverses activitats capdavanteres actualment a Lleida, sempre en el marc de la seguretat en l'ús dels medicaments que tant ens preocupa, i posteriorment de la situació actual de la sida: com s'està avançant en la lluita contra aquesta malaltia i com n'és d'important i urgent que la duiguem a terme entre tots. A més, el dia 2 es va celebrar un sopar de germanor en un marc tan bonic com el del castell dels

L'any 1993 es va dispensar medicaments a la Unitat Sociosanitària de l'Hospital Arnau de Vilanova

Templers.

Volem agrair la seva dedicació a totes les persones que van deixar les seves tasques i van oferir-se a col·laborar en la reconstrucció de la història de la farmàcia a través de dos audiovisuals. També volem agrair a les persones responsables de les gravacions la sensibilitat que van demostrar en tot moment vers les persones, els objectes i la farmàcia de l'hospital Santa Maria en general. Al final dels dos documentals s'agraeix a les persones que els han fet possible i a les persones que, per diferents motius, no hi van poder ser.

Volem mostrar la nostra gratitud a totes les persones que van participar en les jornades, ja sigui com a ponents o com a públic, i que, de segur, ens han

permès gaudir de l'esperit d'aquest hospital que tant estimem, dedicat a la població lleidatana i l'esperit del qual no volem perdre.

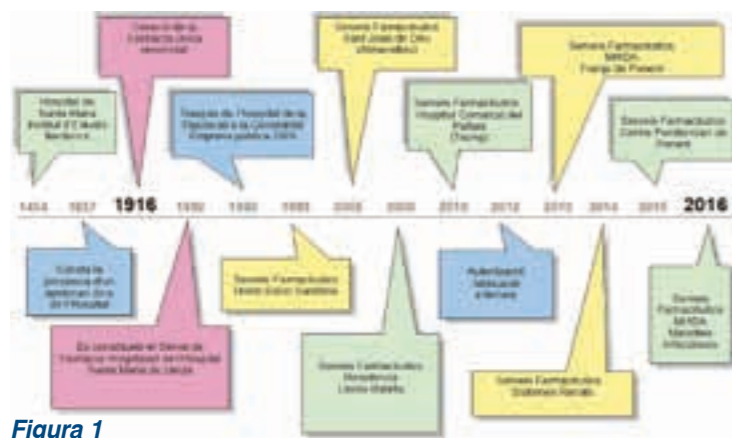
S'inicia doncs l'Any del Centenari de la Farmàcia de l'Hospital Universitari de Santa Maria, en què tothom que s'hi senti implicat, hi pot col·laborar i fer-se'l seu.

Nosaltres només som els actors a qui ha tocat viure el present. Aquest any nomenat centenari serà el que entre tots vulguem que sigui. Si tenim espai, podem fer exposició, i si tenim més material, es podrà completar millor. Es necessita l'ajuda de tots per poder gaudir d'aquest patrimoni.

Montserrat Navarro Bruguera
Cap del Servei de Farmàcia
Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida, GSS

<http://lleidatelevisio.xiptv.cat/especials/capitol/documental-100-anys-servei-de-farmacia-hospital-universitari-de-santa-maria-i>

<http://lleidatelevisio.xiptv.cat/especials/capitol/documental-100-anys-de-servei-de-farmacia-hospital-universitari-de-santa-maria-ii>



LA N, LA Q, ELS € I L'EQUITAT TERRITORIAL (I)

O quins serveis assistencials podrem fer a Lleida en el futur

Què podem i què podrem fer als centres sanitaris de Lleida i, per contra, quins problemes de salut serà més recomanable derivar a centres de Barcelona, és un debat amb components professionals, tècnics, polítics i, fins i tot, sentimentals, que es manté de manera reiterada en alguns grups dels professionals de les nostres terres, sobretot de l'entorn hospitalari.

En primer lloc, exposaré allò que diuen els experts, que són els arguments tècnics que ajuden a prendre decisions, però no oblidem que al final hi haurà una decisió política, envoltada dels components d'implicació directa de cadascun dels *stakeholders* (les parts interessades) a qui repercuteix aquesta assistència: els professionals que intervien directament en l'atenció col·legues-treballadors-associacions, els afectats-familiars-ciutadans, els gestors del centre-sistema de salut, els subministradors de la tecnologia, etc. Tots ells intenten opinar i influir en aquestes decisions. El punt de vista condicionarà aquestes valoracions, com recordava en un article anterior d'aquest butlletí.¹

Però si mirem endarrere, veiem que tot es troba en estat de canvi continu i que les referències canvien amb el temps. Com tots els sistemes, el nostre de salut i la seva organització sanitària estan en una constant evolució. En aquests darrers anys², s'ha tendit a concentrar i sectoritzar territorialment l'atenció d'alta complexitat i s'han dissenyat codis sanitaris específics, com a resposta a les situacions d'emergència.

La situació organitzativa actual és fruit d'un model sanitari que s'ha anomenat Sistema Sanitari Català, que és mixt i híbrid, com ho són la majoria dels europeus, amb uns components de mercat i altres derivats de la planificació.³

El component de planificació

La planificació comporta, entre altres, l'ordenació dels recursos en el territori, com ja va començar a fer el primer Govern Tarradellas de la Generalitat restaurada, amb la publicació del primer Mapa Sanitari de Catalunya⁴, l'any 1980. El darrer gran exercici planificador, a banda de l'actual Pla de Salut i el que es deriva de les normatives dels plans directores que s'encarreguen de fer operatives les polítiques de l'anterior, va ser el Decret 37/2008, de 12 de febrer, pel qual es regulava el mapa⁵ sanitari, socio-sanitari i de salut pública.

La planificació comporta l'ordenació dels recursos en el territori, com ja va començar a fer el Govern Tarradellas

Aquest contemplava uns escenaris de desenvolupament i adequació dels serveis en el territori, el desplegament dels quals ha estat condicionat per la realitat dels darrers anys. Per exemple, es parlava, pel que fa a l'atenció hospitalària d'aguts, que "calia preveure una tendència de manteniment o de lleuger increment en la demanda esperada" (cosa que s'ha complert) i que "la dotació per a hospitalització actual i prevista és suficient per atendre la demanda actual i absorbir el creixement derivat dels canvis demogràfics previstos". També que "per motius d'accessibilitat, a les subunitats territorials Urgell-Segarra i Noguera es desplegaran serveis d'atenció especialitzada d'aguts amb dispositius ambulatoris específics de dependència hospitalària (hospitals lleugers) vinculats als hospitals de Lleida" (cosa que no s'ha realitzat). També es feia esment que "els hospitals de Lleida són de referència per a una extensa zona amb un radi que de vegades arriba a superar els 150 quilòmetres" i es recomanava "estudiar la possibilitat de disposar d'algun tipus de serveis d'hostalatge per a pacients que puguin gaudir d'intervencions que no requeririen internament" (tampoc s'ha realitzat) i també "facilitar la relació entre professionals dels diversos centres". Una consideració important, totalment vigent al meu entendre, és que "com a suport al manteniment de la capacitat assistencial i la competència professional dels serveis d'atenció especialitzada dels diferents centres, i per tal d'afavorir la consolidació de les relacions de complementarietat entre ells, cal avançar en el treball de col·laboració entre els centres de l'àmbit territorial d'aquesta regió sanitària i de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran tendint a configurar dispositius assistencials en xarxa i equips professionals compartits".

Potser no es va preveure com calia que el treball de col·laboració s'havia de fer també amb els centres especialitzats de

Barcelona, com argumenta després en aquest article.

Per tant, a Catalunya, és el Govern qui regula i ordena els serveis de salut i qui ha intentat combinar en els darrers anys els factors del títol de l'article: el volum o la N, la qualitat a la Q i el cost €, mitjançant la normativa reguladora del Servei Català de la Salut i el Departament de Salut, s'han concretat reglamentàriament en instruccions accessibles al web del Servei Català de la Salut.

No cal dir que la regulació és una via per ordenar els serveis, però el finançament també marca la capacitat de prendre decisions, ja que, darrere un servei, hi ha una inversió i uns recursos de funcionament (humans i materials) que s'han de finançar. En moments de crisi, tant les decisions de planificació (en concentrar serveis) com les de mercat (de cercar aliances) tendeixen a compartir aquests costos per les economies d'escala que es poden obtenir.

El component de mercat

Per contra, si el nostre país tingués un sistema sanitari més proper al mercat, seria aquest qui marcara la rendibilitat o no dels serveis distribuïts, com saben molt bé les cadenes franquiciades i cosa a la qual es resisteixen els propietaris d'oficines de farmàcia.⁶

En llocs petits "no hi ha mercat" i els aspectes de la N i el costos fixos a suportar són més determinants, com passa, per exemple, en alguns centres del Pirineu que es mantenen, no pel seu volum d'activitat, sinó per elements d'equilibri territorial.

Fa poc, vaig descobrir que a la ciutat d'Osca hi ha un Decathlon especialitzat en roba esportiva i de muntanya on compren els *mañios* que van a esquiar, però no hi ha altres grans magatzems, com per exemple El Corte Inglés, que sí que és present a la capital, Saragossa, ciutat que aplega més de la meitat de la població aragonesa. Aquest fet ens pot fer reflexionar també sobre el model de país que volem per a Catalunya i la necessitat de mantenir un bon equilibri territorial.

L'equitat territorial

Potser aquest és l'argument més utilitzat per *demonstrar* que els serveis sanitaris "s'han de poder fer a Lleida" i, efectivament, podríem coincidir en el fet que a les Terres de Ponent tenim els mateixos drets que els altres a l'hora de gaudir de l'oferta de serveis de salut. Si ho analitzem, veiem que això no sempre és possible (ja he posat l'exemple de les comarques del Pirineu o, més encara, si parlem dels serveis sanitaris de la Val d'Aran). És molt difícil garantir *in situ* els mateixos serveis que hi ha a Barcelona, tot i que s'hi esmercin més recursos per càpita que en altres llocs.

Tècnicament, hem de recordar que hi ha d'haver sempre un equilibri entre equitat i eficiència (a banda de la resta de factors, el *ceteris paribus* dels economistes) i això és de molta aplicació a les nostres terres,



Portades dels mapes sanitaris de 1980, 2016 i el darrer Pla de Salut

Plans directores vigents	Enllaç
PD de malalties de l'aparell circulatori	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/malalties_de_laparell_circulatori/
PD de malalties de l'aparell respiratori	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/malalties_de_laparell_respiratori/
PD de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/malalties_reumatiques_i_de_laparell_locomotor/
PD d'oncologia	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/oncologia/
PD socio-sanitari	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/socio-sanitari/
PD de salut mental i addiccions i Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions	http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/

que representen més d'un terç del territori de Catalunya, però solament una mica més del 5% de la població.

Entenem que, en llocs amb molt pocs habitants, difícilment es pot gaudir dels mateixos serveis que a les capitals i és molt difícil assegurar-hi, almenys, els recursos de proximitat pels costos fixos que cal suportar, que no van lligats a l'activitat corresponent. Això també passa, per exemple, amb l'atenció primària del medi rural: seria molt més econòmic tenir-la tota concentrada als centres d'atenció primària, però es descentralitza, per l'equilibri territorial esmentat.

Aquesta peculiaritat del medi rural, jo, que sóc de poble, la defenso aferrissadament i poso l'exemple, que caldria evitar, de l'evolució de la distribució de la població a les terres veïnes d'Aragó, on hi ha una gran capital i la resta, que lluita per existir, com les poblacions d'Osca o les de Terol.

Un altra qüestió que cal considerar, i que no sempre va en paral·lel amb el que s'ha exposat, és l'equitat vertical⁷, que, en alguns casos, implica serveis especials⁸ per a zones que ho necessiten, ja siguin al

medi rural o bé als barris més deprimits de les ciutats.

La N o el nombre de casos que cal atendre

Si llegim les revisions fetes recentment a Catalunya, com la del doctor Josep Maria Borràs, del Pla Director d'Oncologia del Departament de Salut, i la del doctor Àlex Guarga, del Servei Català de la Salut, veiem la relació habitual entre el volum de casos i els resultats clínics, i es posen els procediments oncològics com a exemple paradigmàtic.⁹ Però també fan palesa la necessitat de contextualitzar per veure-ho en cada cas. Per exemple, els americans, que són molt més intervencionistes i gasten el doble que nosaltres en salut, demanen un nombre mínim de 30 casos anuals en oncologia pediàtrica, xifra que la majoria dels centres espanyols no compleixen. Coincidia amb aquest criteri el doctor Carlos Rodríguez Galindo¹⁰, que fa pocs dies ens va explicar a Lleida, amb motiu del XX aniversari del CEIC, que, en càncer pediàtric, els millors resultats en supervivència

s'obtenien quan els nens són tractats en centres d'alta especialització i formen part d'un protocol amb treball multicèntric.

També van en aquest sentit les explicacions de l'anterior director del CatSalut a *La transformació del model assistencial a Catalunya per millorar la qualitat de l'atenció*, text recentment publicat.¹¹ Hi comenta que la reordenació dels serveis d'alta especialització, anomenada també reordenació del terciarisme, "engloba un conjunt de serveis amb un elevat requeriment tecnològic o de perícia professional i que, atesa la seva baixa prevalença, risc, interrelació amb altres processos o elevat cost, es beneficien de la seva concentració en un nombre reduït de proveïdors dins el sistema públic de salut." Explicava que "tots els sistemes de salut dels països del nostre entorn assumeixen el repte de donar una atenció altament especialitzada de qualitat i amb equitat partint d'uns recursos limitats." Múltiples experiències per tot arreu documenten i reflecteixen aquest repte, entre les quals destaca el desenvolupament de xarxes europees de referència d'acord amb la Directiva 011/24/UE sobre l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera els centres CSUR a Espanya, l'atenció de les malalties minoritàries en el National Health Service o l'organització de l'atenció al càncer de l'adult a Bèlgica, entre d'altres.

Els sembla clar que "la pràctica de procediments altament complexos només és aconsellable a partir d'una concentració suficient de casos. Aquesta necessitat és especialment manifesta quan es tracta de processos infreqüents o de recursos molt costosos. Es tracta de garantir la qualitat i els resultats per la via de l'acumulació de casos, minimitzant els riscos associats a aquestes pràctiques i assegurant les competències i les habilitats necessàries gràcies a l'experiència acumulada. Un alt volum de casos també permet assegurar la correcta rendibilització de les inversions i els elevats costos relacionats amb alguns equipaments. En aquest sentit, s'ha de tenir

present que l'eficiència en l'ús de tecnologies cada vegada més costoses és essencial per a la sostenibilitat d'un sistema sanitari que vol preservar l'accessibilitat i l'equitat.⁷

Cal esmentar que cada patologia i cada procediment dins de cada especialitat tenen les seves singularitats i, per tant, és molt important que els professionals especialistes i les seves associacions professionals participin en el procés d'ordenació, tal com s'ha fet a Catalunya i ha estat exposat recentment en les avaluacions del Pla de Salut.¹²

El cost (€)

L'element del cost (els € del títol) pesa molt i és la part de la balança que ha de contrapesar els beneficis obtinguts amb els serveis realitzats. Si l'activitat desenvolupada per alguns serveis és baixa, serà difícil recuperar els costos fixos de la inversió necessària per apropar alguns serveis. Per avaluar projectes expressats com a fluxos de fons, els experts financers utilitzen el valor actual net (VAN) i la taxa interna de retorn (TIR), que estan lligats als ingressos econòmics obtinguts i, aquests, a l'activitat.

Un altre perill de la poca activitat és la sobreutilització per càpita (que pot fer més mal que bé) per la total accessibilitat de serveis i amb hores mortes d'activitat: cal recordar que oferta crea demanda i que la proximitat incrementa la freqüentació ("ja que ho tenim..."). Sabem molt bé que *més no sempre és millor* i alguns serveis no estan justificats per una població que no existeix a les comarques petites, ni tan sols els caps de setmana o en èpoques de vacances.

Per contra, sabem també que hi ha externalitats que són positives lligades a alguns serveis especialitzats i que és recomanable repartir també el cost per àmbits, com els de recerca o docència, o per activitats relacionades, com ha estat el cas de l'ampliació a 24 hores dels serveis d'intervencionisme cardíac percutani ICP (Hemodinàmica i stents), que ha suposat millorar el temps de resposta i les atencions terapèutiques pel codi infart (ara tot el dia), però també ha servit per millorar l'accessibilitat per a les exploracions diagnòstiques habituals.

La qualitat

L'altre factor que cal considerar, i potser el més important, és la qualitat de l'atenció (Q de qualitat), que és el resultat, entre altres, del bon funcionament de tot allò que intervé en el procés, amb un component professional lligat als coneixements i les habilitats, importantíssims en el nostre sector.¹³

El fet de ser centres universitaris i de recerca possibilita, sens dubte, disposar d'un grau de coneixement superior, com ens recorden sovint des del món universitari i d'investigació. Uns sectors que potser encara són molt més competitiu que l'entorn assistencial i que també tendeixen a concentrar-se i a treballar inevitablement en xarxa per obtenir resultats competitiu.

La part més important de la qualitat és

Instruccions del CatSalut que regulen processos de reordenació de serveis. Accessibles (juny 2016)

INSTRUCCIONS CATSALUT ÀMBIT	ENLLAÇ
Codi infart agut de miocardi IAM	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/96-Article_inst_04_2009_12_maig
Medicaments d'alta complexitat	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/documents/arxius/instruccio_04_2010.pdf
Codi politrauma PPT	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/96-Article_inst_04_2011_15_novembre
Oncologia complexa	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/Instruccio-01-2012-de-10-de-gener
Oncohematologia	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/Instruccio-01-2012-de-10-de-gener
Oncopediatria	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/Instruccio-01-2012-de-10-de-gener
Radioteràpia complexa	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/Instruccio-01-2012-de-10-de-gener
Hipertensió arterial pulmonar	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/documents/arxius/instruccio_03-2012.pdf
Cardiopaties congènites	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/89-Article_inst_11_2012_16_octubre
Cirurgia de l'epilèpsia	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/documents/arxius/instruccio_12_2012.pdf
Codi ictus	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/99-Article_inst_01_2013_14_febrer
Cirurgia cardíaca	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2014/instruccio_08_2014/instruccio_08_2014_cirurgia_cardiaca.pdf
Angiologia i cirurgia vascular	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2014/instruccio_09_2014/instruccio_09_2014_ordenacio_angiologia_i_cirurgia_vascular.pdf http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/instruccio-09-2015
Malalties minoritàries, Unitats d'Expertesa Clínica (UEC)	http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/Instruccio-12-2014-de-15-doctubre-de-2014 http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/instruccio-12-2015
Artroplasties maluc i genoll	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_02_2015/instruccio_02_2015.pdf http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/resolucio_instruccio_02_2015/resolucio-actualitzacio-artroplasties-13-agost-2015.pdf
Consell genètic, alta especialització	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_06_2015/instruccio_06_2015.pdf
Cirurgia pediàtrica	http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_07_2015/instruccio_07_2015.pdf

segurament el resultat en salut, però hi ha altres criteris de procés i millora contínua que també hem d'assegurar, amb auditories internes i altres procediments que, per transparència i millora, cada vegada més es fan públics, com són els informes individualitzats de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQUAS).¹⁴

Cal destacar els bons resultats, en general, dels centres de Lleida, que s'han de mantenir i millorar, amb la cultura de la qualitat

orientada a la millora contínua. En qualitat percebuda, solem assolir bons nivells i la comparació (per exemple, amb Girona i Tarragona) ens esperona

Què fem i què podem fer?

Relacionar-nos més i fer acords per treballar en xarxa, no solament entre els centres de les nostres comarques, cosa òbvia, sinó que també estem obligats a fer-ho amb els

centres de tercer nivell que cada vegada tindran més "potestats" per dirigir els tractaments especialitzats. A més, molts serveis solament els podrem donar a Lleida, si ho fem de manera compartida amb centres de Barcelona.

Pensem que avui dia veiem normal que algunes intervencions quirúrgiques en oncologia que en altres èpoques feien els hospitals comarcals, ara estiguin centralitzades a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, com les de càncer de mama. Els centres petits fan el diagnòstic i les aplicacions d'una part del tractament des de la proximitat, però hi ha un únic comitè de tumors regional que també es fa càrrec de la majoria dels tractaments especialitzats.

Un exemple en curs és l'acord de col·laboració en oncologia mèdica entre l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, de l'Institut Català de la Salut¹⁵ i ara amb l'Institut Català d'Oncologia¹⁶.

Un altre exemple és la Unitat de Fibromiàlgia, Fatiga Crònica i Síndromes de Sensibilitat Química múltiple, recentment acreditada per a tota la Regió i ubicada a l'Hospital Universitari Santa Maria, que treballa de manera coordinada amb l'atenció primària de salut, altres centres sanitaris de Lleida i Pirineu, així com amb centres de Barcelona.

El punt just s'haurà de determinar, però podem concloure que els habitants de la regió de Lleida i la seva àrea d'influència tenim una N suficient per atendre moltes patologies amb un cost acceptable (€) i amb una bona qualitat (Q) dels serveis i professionals, que es veu reforçada amb l'activitat docent i de recerca que comporta que puguem assumir una part important de l'activitat assistencial necessària per atendre la majoria dels problemes de salut.

Per a la resta, ens hem d'aliar amb els centres de la Regió, com es fa cada any amb el Pacte Territorial, i ho hem de fer amb centres terciaris de Barcelona, per poder continuar oferint serveis especialitzats de qualitat.

Dr. Ramon Piñol Llovera
Metge

NOTES

- Piñol, R., "El punt de vista condició les valoracions també a les anàlisis econòmiques", Butlletí del Col·legi de Metges de Lleida, 16-20, núm. 93.
- Padrosa, J. M. et al., "La transformació del model assistencial en Catalunya para mejorar la calidad de la atención", Med. Clin. (Barc). 2015;145 (Supl 1): 13-9.
- Piñol, R., "Polítiques de salut i models sanitaris", Butlletí del Col·legi de Metges de Lleida, núm. 61.
- Mapa sanitari de Catalunya, Publicacions de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1980; i Decret de 7 de gener de 1980, que l'aprova.
- Mapa Sanitari Sociosanitari i de Salut Pública 2008. Accessible al gener de 2016, a http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/mapa_sanitari_i_de_salut_publica/
- Web de Farmàcia Comunitària en Espanya: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/Paginas/colegiaciondatestadisticos.aspx#Planificaci%C3%B3n>
- a Catalunya: http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documen

Pla de Salut Catalunya: Linies d'actuació, projectes estrat.



Línia 3 resolució des dels primers nivells i línia 4 qualitat en l'alta especialització del Pla de Salut 2011-2015 i el nou Pla de Salut 2016-2020 (juliol 2016)



tid=58587

- Equitat vertical: a més necessitats, cal esmerçar més recursos.
- Serveis sanitaris i altres lligats a la resta de determinants de la salut.
- Borràs, J. M. i Guarga, A. "Centralizar procedimientos complejos en oncología y calidad asistencial". Economía y salud 2014. Abril. nº 79
- Conferència el 22/12/2015 del doctor Carlos Rodríguez Galindo, director del Pediatric Solid Tumor Program at Dana-Farber Cancer Institute and Boston Children's Hospital, Medical Director del Clinical and Translational Investigations Program. Universitat de Harvard.
- Referència ii
- Avaluació operativa del Pla de Salut 2011-2015 accessible (gener 2016), a <http://salutweb.gencat>

- http://catsalut.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/quaderns/Quadern-3_Avaluacio_juliol_2015.pdf
- Veure EFQM Excellence Model: <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model>
- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS): <http://aquas.gencat.cat/ca/>
- Conveni signat el 16 de desembre de 2014 entre el director gerent de l'Institut Català de la Salut, el director del centre HUVH i el gerent territorial de l'ICS a Lleida.
- Acord estratègic de col·laboració entre l'ICS i l'ICO per a un model integral de futur en l'abordatge del càncer. Explicació disponible (juliol 2016) a http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/notesprensa/292474/departament-salut-impulsa-xarxa-oncologica-catalunya.html

Evolució de l'assistència i la docència mèdiques catalanes

El 20 de maig ens vam reunir la promoció de Medicina de l'any 1971 a la sala Gimbernat de l'antic Col·legi de Cirurgia, seu, des de 1929, de l'Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Convidat pel condeixeble i amic de promoció Josep Antoni Bombí Latorre, vaig exposar els orígens i l'evolució del que el doctor Corbella ha anomenat "Àrea Sanitària de la Santa Creu" pel fet que un mateix espai públic recull l'antic Hospital de la Santa Creu, la Casa de Convalescència i el Col·legi de Cirurgia.

Aquests tres edificis simbolitzen gran part de l'assistència, la convalescència i la docència a Barcelona i també, de retruc, a Catalunya durant cinc-cents anys.

Hospital de la Santa Creu

Fins al segle XI, solament els monestirs disposaven d'alguna dependència destinada a refugi de malalts indigents o transeünts. A partir d'aleshores van començar a proliferar certs establiments anomenats hospitals, que, a més d'acollida als vianants malalts, també donaven aixopluc, durant un temps limitat, a pelegrins i transeünts.

Els hospitals se sostenien amb les seves pròpies rendes, procedents de diverses donacions. Quan van desaparèixer, en no ser útils, els pobles van destinar una casa coneguda com a "hospital" a la funció d'aixoplugar els transeünts pobres. Per exemple, a Alcarràs, quan va desaparèixer l'hospital de Sant Jordi en no ser útil i del qual tenim notícies a partir de l'any 1180, es va destinar a l'esmentada funció una casa del carrer de Baix, amb el nom d'hospital, de la qual, en la visita pastoral de 1816, es diu: "una casa tiene el común que llaman hospital, no tiene rentas ni dinero alguno".

Les sis funcions principals d'aquests hospitals rurals eren l'assistència, l'asil, l'hostatge o refugi de pobres vianants de pas afectats per qualsevol malaltia i sempre que aquesta no els permetés seguir endavant en el seu camí; l'assistència als pobres sense recursos; donar posada als pobres que no tenien res per poder pagar; acompanyar els vianants a un altre lloc de destí, amb cavalleries, si el grau de malaltia ho permetia; recollir exòsits i donar curs al seu destí i, finalment, assistir els parts de les vianants.

L'església del segle XIII de Vilanova de la Barca, l'any 1541 ja posseïa un altar

dedicat a Sant Nicolau de Bari, amb confraria pròpia, la qual, com que estava molt perduda, l'any 1752 es va renovar i s'hi van apuntar 47 nous confreres, entre els quals hi havia el cirurgià del poble, Joan Puig, i es van dictar noves ordinacions. Una de les funcions de la confraria era que el majoral tenia la potestat d'ordenar a qualsevol membre de la confraria que, en el cas de malaltia d'un confrere o de la seva muller o fills, els vetllés fent guàrdia contínua durant la nit, estant sempre despert i cuidant el malalt. També, en el cas de morir, li havia de fer la sepultura. Una altra potestat que donaven les ordinacions al majoral era la de manar a un confrere portar un pobre malalt fora. Aquesta expressió, tal com es llegeix literalment en les ordinacions, en què no es dona cap pista sobre el que vol dir, probablement significa acompanyar, guiar o dirigir un malalt pobre a fora, és a dir, conduir-lo fins a un lloc o terme determinats. Sembla com si es referís al fet d'acompanyar un vianant malalt a un altre lloc de destí amb cavalleries si el grau de malaltia ho permetia.

És interessant aquesta clàusula de les citades ordinacions perquè ens demostra, indirectament, que a Vilanova de la Barca hi havia hospital rural, malgrat que no en queda cap rastre. A més, en el cadastre de rústica que es va fer l'any 1751 hi consten també les cases dels eclesiàstics adquirides abans de 1716. Una d'aquestes era la "casa propia del Hospital de la primera calidad". Com és sabut, allí l'hospital era una casa propietat del senyor, que aleshores era el gran prior de Catalunya, de la religió de Sant Joan de Jerusalem, coneguda també com l'orde religiós de l'Hospital.

També en un capbreu de l'any 1745, en què consten els veïns del poble de Vilanova, queda anotat que existia "la casa del Hospital de Lleyda".

Les ciutats tenien més d'un hospital, sovint diversos petits hospitals, que, en el fons, feien les mateixes funcions que els rurals.

Va ser entre els segles XIV i XV que a les ciutats es van unificar els petits hospitals que hi havia per reunir-los en un de més gran, el qual, vist des d'ara, ja portava la llavor del que havia de ser un canvi de concepte: de l'hospital com a alberg d'acolliment de malalts indigents i transeünts a l'hospital com a centre de tractament de malalts assistits ja per metges, cirurgians i apotecaris, que requerien ingrés, amb la progressiva anotació documental de les històries



Seu de l'Acadèmia de Medicina



Facultat de Medicina de l'Hospital Clínic de Barcelona



Església de Vilanova de la Barca



Universitat de Cervera,

Entre els segles XIV i XV es van unificar els petits hospitals i es van agrupar en un de més gran

Va ser la llavor de l'hospital com a centre de tractament de malalts assistits per professionals

clínicas i la separació dels interns per sexes i edats, cosa que ens acosta al concepte actual d'hospital i ens permet estudiar, amb aquesta documentació de caràcter netament clínic, les causes de malalties, els moviments de malalts i les epidèmies.

Aquest inicial canvi de concepte, en el decurs dels segles, ha evolucionat també cap al canvi de nom, de manera que el que era un hospital ara hi ha la tendència de dir-ne residència i fins i tot ciutat sanitària.

A Barcelona, la unificació en un sol edifici gran i espaiós dels petits hospitals dispersos va tenir lloc l'any 1401 i es va construir el gran Hospital de la Santa Creu, actualment seu de la Biblioteca de Catalunya i de la Reial Acadèmia de

Farmacologia de Catalunya.

L'edifici es va anar ampliant i, ja a finals del segle XVI (l'any 1585), es van construir unes escales monumentals, en una de les quals després es va bastir la imatge de Sant Roc, advocat de la pesta.

Cal recordar que la pesta ha estat una constant en el nostre país, amb grans davallades de la població, fins que la bacteriologia hi va començar a posar remei a les acaballes del segle XIX. Després, ja al XX, s'hi va posar el punt final amb els antibiòtics.

Dins de la complexa epidemiologia del segle XV, podem considerar com a primer cicle pestífer el que es va esdevenir entre els anys 1401 i 1403, quan es va començar a construir l'hospital, i que

va afectar les comarques del Bages, Osona i també el Barcelonès. Però és que també en el decurs del segle XVI hi va haver molts cicles pestífers. Heus aquí l'explicació de la veneració a Sant Roc.

Molt a prop de la imatge de Sant Roc hi ha la magnífica reixa de la farmàcia de l'hospital, de l'any 1596. I també en el mateix entorn, la creu barroca amb columna salomònica del pati de l'hospital que es va construir l'any 1691, en substitució de l'antiga creu situada en el mateix lloc.

L'activitat de l'Hospital de la Santa Creu va persistir fins al segle XX, i es va clausurar definitivament l'any 1930.

A Lleida, encara que més tard que a Barcelona, però al mateix segle XV, va tenir lloc també la unificació dels diversos petits hospitals en el de Santa Maria, edifici gòtic que va deixar de funcionar, com el de la Santa Creu, a començaments del segle XX.

La casa de convalescència

Es va construir a meitat del segle XVII, gràcies, principalment, a la donació de Pau Ferran per atendre els malalts convalescents en sortir de l'hospital. Inaugurat l'any 1680, l'edifici conté dos claustres i l'estàtua de Sant Pau al mig del pati. També un magnífic enrajolat de les parets. Actualment és seu de l'Institut d'Estudis Catalans.

El Col·legi de Cirurgia de Barcelona

En la història de la medicina catalana han sobresortit, des del segle XIV, quatre centres docents emblemàtics, que són la Facultat de Medicina de Lleida, a partir de 1300 i fins a 1717; la facultat de Cervera, immediatament després d'aquesta data; el Col·legi de Cirurgia de Barcelona, a partir de 1760, i la Facultat de Medicina de l'Hospital Clínic, a partir de 1906.

Aquestes quatre han estat les cases per on han passat els metges i cirurgians del nostre país i on s'han conegut les successives generacions mèdiques, com ara nosaltres a l'Hospital Clínic entre el 1965 i el 1971.

L'únic rastre material que queda actualment de l'antiga facultat de Lleida és una pedra amb la inscripció gravada de la paraula MEDICINA, pedra que va ser donada per la Paeria a l'actual edifici de la nova facultat de l'Hospital de Santa Maria durant el Congrés d'Història de la Medicina Catalana que es va celebrar a Lleida i Alcarràs l'octubre de 1998 i que va presidir el meu pare.

De Cervera en queda el magnífic edifici de la Universitat, que va ser bastit per Felip V després d'eliminar l'Estudi General de Lleida.

El Col·legi de Cirurgia de Barcelona, on estem ara reunits, va acabar la seva funció docent l'any 1906, quan Ramon



Sant Roc, advocat contra la pesta



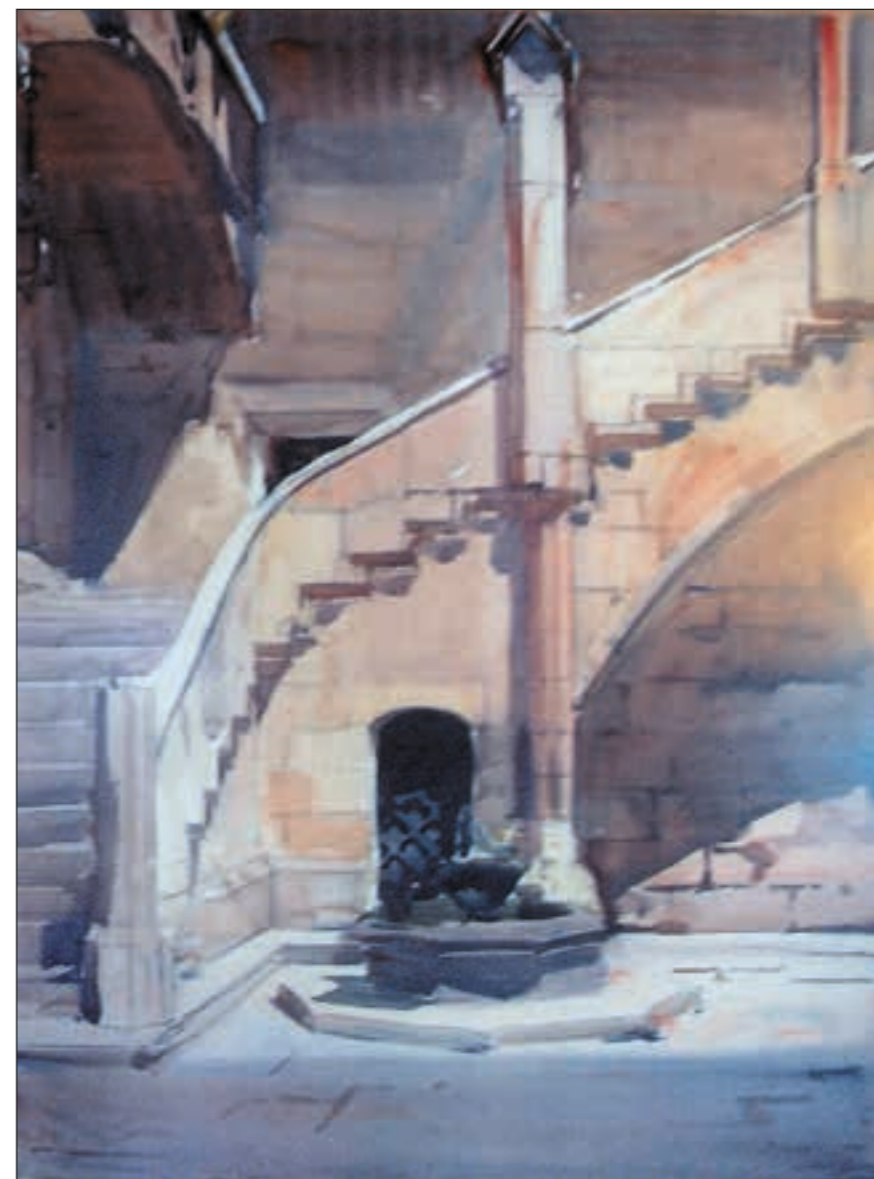
Escultura de Pere Gavet



Pati dels pelegrins a Cervera



Universitat de Cervera



Pintura de Joaquim Ureña de l'antic Hospital de Santa Maria

»y Cajal, que havia estat professor uns anys abans, va obtenir el premi Nobel de medicina, i es va convertir en Acadèmia de Medicina l'any 1929.

La medicina clàssicament s'ha estructurat al voltant de les figures del metge, el cirurgià i l'apotecari. No tots els pobles del nostre país podien gaudir de totes tres. Depenia del nombre d'habitants i de la riquesa. Atès que eren molts els pobles petits i pobres, el més habitual era que en el nostre entorn fossin assistits per un cirurgià, que fins i tot havia de cobrir diverses localitats properes. Aquest professional tenia menys categoria social que el metge.

Des de temps immemorials, el treball del metge era vist com a més intel·lectual i el del cirurgià, com a més artesanal perquè treballava, com en molts altres oficis, amb les mans, l'habilitat de les quals era essencial per a la seva pràctica i per a l'èxit de les seves intervencions. Prova d'això és que la representació gràfica de la cirurgia és una mà i un ull: la mà per manipular el cos humà i els seus òrgans, i l'ull per veure les nafres i poder guiar la mà.

De la mateixa manera que la funció crea l'òrgan, la professió imprimeix als qui la practiquen determinades qualitats que, amb el pas del temps i de les generacions, poden arribar a constituir un caràcter o segell diferencial.

En el cas de la cirurgia, he observat, potser perquè era una professió en què la violència i la mort tenien un paper de primera línia, molt important, que els cirurgians antics eren gent que adquirien dues virtuts que sobresortien sobre les altres: la valentia i la religiositat.

Entre els sanitaris, predominaven els cirurgians que actuaven en les epidèmies i que moltes vegades hi perdien la vida. També en les guerres, fet que va contribuir molt al progrés de la cirurgia, amb la creació dels col·legis al segle



Medalla commemorativa

XVIII, institucions en el fons lligades als exèrcits de mar i terra.

El sentiment de perill i de mort inevitable desperta en l'home el sentit religiós d'una manera molt viva, i si bé tots els sanitaris podien ser religiosos, potser els cirurgians ho manifestaven més.

Una altra característica dels cirurgians, atès que la seva professió, durant molts anys, estava insuficientment remunerada, era que molts d'ells complementaven el salari amb altres negocis, a les terres de Lleida generalment relacionats amb l'agricultura.

Malgrat aquestes feines complemen-

tàries, l'exercici de la cirurgia continuava sent el seu principal mitjà de vida, però amb grans diferències econòmiques segons el lloc on treballaven. No es pot comparar la qualitat d'una botiga d'un cirurgià de Barcelona amb la d'un altre d'un poble qualsevol de Catalunya.

Els béns, de caràcter més espiritual en el cas dels metges (llibres) i més material en el dels cirurgians (instruments quirúrgics) i apotecaris (medicaments), marquen en certa manera els camins que han seguit les tres professions a través de la història. Almenys simbòlicament, van ser les mans dels cirurgians, el pensament dels metges i l'art dels apotecaris en la confecció dels medicaments compostos les principals armes de lluita contra les malalties durant molts anys en la història de la Humanitat.

La precarietat econòmica dels cirurgians devia contribuir també a fer-los canviar de lloc amb més freqüència que els metges i els apotecaris. No és estrany trobar-ne alguns que passaven la seva vida professional peregrinant de poble en poble. Eren, en certa manera, apàtrides.

Tots aquests antecedents de penúria i misèria persistent van abocar a una autèntica revolució pacífica dels cirurgians al segle XVIII, quan van intentar igualar la seva categoria social a la dels metges. Dos caps pensants van ser els capdavanters d'aquest gir: els cirurgians tarragonins Pere Virgili i Bellver, de Villalonga del Camp, i Antoni de Gimbernat i Arbós, de Cambrils, impulsors i ànimes dels col·legis de cirurgia de Cadis (1748), Barcelona (1760) i Madrid.

Segurament, en l'inconscient de Pere Virgili navegava aquest sentiment de penúria dels cirurgians com a classe. En el seu primer viatge a Amèrica, el març de 1729, es va adonar de la duresa de la travessia, ja que molts tripulants es posaven malalts. A més, quan el 1730

van arribar a Veracruz, la ciutat patia la terrible malaltia coneguda com del vòmit fosc, la qual va contagiar la tripulació, que va haver de ser assistida pels escassos metges i cirurgians de bord. Anys més tard, Pere Virgili es queixava que, havent fet ell la major part de la feina, s'haguessin donat les gratificacions al metge José Casoni.

Ara som a la sala Gimbernat de Barcelona, que va començar a funcionar l'any 1764 i per on van passar tots els metges i cirurgians formats en el nostre país fins a l'any 1906, quan es va construir el Clínic.

Ja cap al final del seu ús com a facultat de medicina, el Col·legi de Cirurgia va ser protagonista, com ho va ser en un altre sentit al segle XV l'Hospital de la Santa Creu, de l'inici d'un canvi també de concepte. L'any 1881 es llicenciava en medicina al Col·legi la lleidatana Martina Castells i Ballespí, que residia al costat, al mateix carrer del Carme, i que era membre de la quarta generació d'una nissaga de metges de les terres de Ponent que provenien del món rural. Un any després es va doctorar amb la tesi *Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer para que contribuya en grado máximo a la perfección y la dicha de la Humanidad*, fet que li va valer el reconeixement com a primera doctora en medicina d'Espanya de l'època contemporània, al mateix temps que la barcelonina Dolors Aleu. Tota una gosadia i un acte de valentia en un temps en què no es volia que la dona assolís fites intel·lectuals. El mateix polític català Pi i Margall, que va assistir a la cerimònia de doctorat a Madrid, va dir que la tesi de Martina era "un auténtico salto mortal político y artístico".

En aquest sentit, Martina representa a Catalunya un símbol del canvi de concepte real del paper de la dona en la societat. Un fet incontrovertible és que,

anys després, acabada la Segona Guerra Mundial (concretament l'any 1946), el meu pare es va llicenciar al Clínic en un curs en què el nombre de dones llicenciades va ser de l'1,7%; en el nostre, l'any 1971, aquesta xifra va passar a ser del 22%; i en el de la meua filla Blau, l'any 2013, va augmentar fins al 70%.

El que en el temps de la Martina era una autèntica proesa, actualment és una autèntica normalitat. Han hagut de passar més de cent anys perquè la societat accepti les fites intel·lectuals de la dona com una normalitat i no com una malaltia de pesta que la gent rebutja i de la qual s'aparta.

Dr. Manel Camps Surroca

BIBLIOGRAFIA

Camps Clemente, M.; Camps Surroca, M.: Alcarràs. Aspectes històrics i etnològics. Diputació de Lleida. 1990.
Camps Clemente, M.: Història de la vila d'Alcarràs. Ajuntament d'Alcarràs. 2003.
Camps Clemente, M.: De Castellpagès a Vilanova de la Barca. Diputació de Lleida.

Ajuntament de Vilanova de la Barca. 1990
Camps Clemente, M.: Vilanova de la Barca. La seva història i els seus costums. Ajuntament de Vilanova de la Barca. 2003.

Camps Clemente, M.; Camps Surroca, M.: La pesta del segle XV a Catalunya Universitat de Lleida. Ajuntament d'Alcarràs. 1998.

Corbella Corbella, J.: L'Àrea Sanitària de la Santa Creu. El sisè centenari de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona. Publicacions del Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona. Núm. 128. 2007.

Camps Clemente, M.; Camps Surroca, M.: Hospitals rurals de la Diòcesi de Lleida (1820-1830). Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència. 1994 (*), XXI, 81-88.

Camps Surroca, M.; Camps Clemente, M.: El controvertit títol de la primera doctora en medicina d'Espanya, Martina Castells i Ballespí. Butlletí Mèdic. Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Núm. 42, setembre de 2003, 10-16.

Albiol Molné, Rafael: Pere Virgili (1699-1776). Fundació Uriach 1838

Eritema Pomel: penellons

Concepte

Els penellons, col·loquialment parlant, fan referència a l'eritema pomel. Es tracta d'un trastorn localitzat a les zones distals de les extremitats, com mans i peus, i a les parts més distals del cos, com nas i orelles. A causa d'una exposició al fred i la humitat, la pell reacciona de manera anòmla per la mala circulació dels capil·lars i com a conseqüència de petites trombes a les petites artèries (arterioles).

Etiologia

El fred i la humitat són les causes principals de l'aparició de l'eritema, ja que el pacient hi mostra una hipersensibilitat. En alguns casos és possible que el pacient presenti un sistema vascular hiperactiu, així com una hipersensibilitat al fred, situacions que n'afavoreixen l'aparició.

Una de les causes més conegudes d'aquesta patologia és l'exposició continuada al fred, que pot fer que l'eritema pomel sigui crònic, ja que la persona està en situació de risc de manera freqüent, cosa que provoca que les lesions cutànies siguin recurrents. Les lesions cròniques són hemorràgiques i ulceroses, així com eritematoses. Quan el pacient deixa aquesta exposició continuada al fred, la clínica millora, però acostuma a quedar una cicatriu residual.

No només cal una exposició continuada al fred per patir aquesta patologia, ja que també pot afectar gent gran amb malalties vasculars perifèriques, així com nens i dones. Hi ha uns altres factors que poden produir-la: l'anèmia, el baix to muscular, el metabolisme basal reduït o hiperfunció ovàrica.

L'alcoholisme o el tabaquisme, així com la malnutrició i l'extenuació física, en poden ser factors desencadenants.

Clínica

Podem classificar la clínica en tres graus en funció de la gravetat de les lesions i el tractament que s'hi ha d'aplicar.

El primer grau consisteix en una sensació d'ardor i formigueig als dits que, a poc a poc, es van tornant cianòtics i amb un prurit intens, que es torna insuportable, cosa que fa que el pacient vulgui alleujar la sensació de picor i ho empitjori i passi al segon grau.

En el segon grau, apareix una important tumefacció de la zona i la pell es



Eritema pomel, un trastorn localitzat a les zones distals de les extremitats



També es localitza a les parts més distals del cos, com nas i orelles



El fred i la humitat són les causes principals de l'aparició dels penellons

torna hipersensible. Apareixen vesícules petites que són degudes a una extravasació dels capil·lars limfàtics. Si s'obren les vesícules (recordem que és una lesió eritema-purpúrica, papulosa i nodular) o el pacient les

obre en rascar-se, la pell es trenca, la lesió pot complicar-se amb ulceracions i, per tant, pot ser focus de possibles infeccions.

En el tercer grau, les lesions ja són úlceres més greus que comporten



El fred pot fer que l'eritema pomel sigui crònic

complicacions de tipus infeccions i, alhora, pèrdua de substància. Requereixen un tractament específic sever.

Diagnòstic

Les zones afectades per aquesta

patologia són d'un color vermell intens i blavós (cianòtic), desapareixen amb la pressió i van associades a un edema del teixit cel·lular subcutani.

La zona on apareix acostuma a ser freda, amb nòduls que poden agreu-

No existeix un tractament específic per a aquest tipus de patologia

Però hi ha la possibilitat de realitzar una bona profilaxi

Cal protegir-se del fred i evitar el consum d'alcohol, tabac i cafeïna

jar-se i formar unes vesícules amb líquid sanguinolent, i posteriorment es converteixen en úlceres que no són doloroses i crosta. Són de lenta curació.

Diagnòstic diferencial:

Existeixen diferents patologies que cal tenir en compte i que és interessant d'enumerar: lupus eritematós, congelació de primer grau, vasculitis nodular, fenomen de Raynaud i síndromes mielodisplàsics, deficiència de les proteïnes C i S, sarcoïdosis o acrocianosis.

Tractament

No existeix un tractament específic per a aquest tipus de patologia, però hi ha la possibilitat de realitzar una bona profilaxi.

En primer lloc, cal protegir-se bé del fred —sobretot els pacients amb mobilitat reduïda i/o problemes circulatoris.

També convé evitar el consum de begudes alcohòliques, la nicotina del tabac i la cafeïna, pel seu gran poder vasodilatador inicial, que va seguit d'un poder vasoconstrictor perifèric que empitjora el reg sanguini.

Un tractament bastant efectiu és l'aplicació de llum ultraviolada B (dosis curtes 3 cops per setmana) abans que comenci l'hivern per evitar complicacions. La llum ultraviolada B fa que els vasos sanguinis es contraïguin menys, i l'efecte es manté durant uns quants mesos.

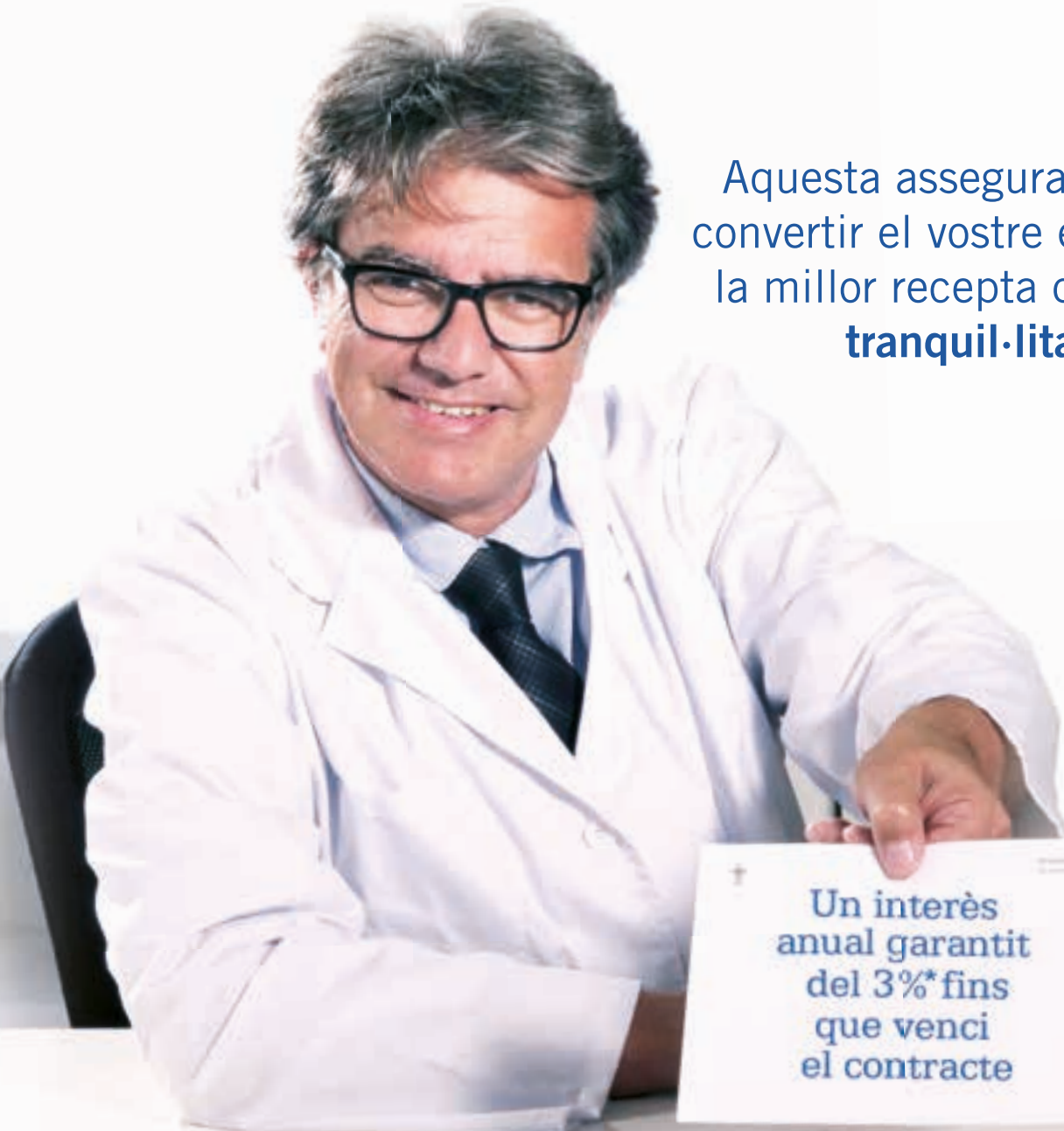
Com a tractament tòpic i en lesions no ulcerades, es recomana aplicar vasodilatadors perifèrics, suaus i no enèrgics, així com l'aplicació de massatges amb olis tebis i/o fenoltaleïna.

En les lesions ulcerades i les ferides, s'ha de procedir a una neteja local, antibiòtics tòpics, antipruriginosos i repòs. Si escau, es prescriuen vasodilatadors orals 3 cops al dia.

Ares Yuguero
Podòloga

Estalvi Inversió

Aquesta assegurança pot
convertir el vostre estalvi en
la millor recepta de futur:
tranquil·litat



Un interès
anual garantit
del 3%* fins
que venci
el contracte

**Assegurança d'estalvi que garanteix un interès tècnic anual i bonifica
la permanència fins al venciment del contracte.**

L'assegurança Estalvi Inversió us garanteix:

- Un 3%* d'interès tècnic anual garantit fins al venciment del contracte.
- La possibilitat de disposar del capital consolidat, abans del venciment, amb la garantia d'un 1,25 % d'interès tècnic anual.
- Com que és una assegurança d'estalvi, en el moment de cobrar, només tributaran els beneficis obtinguts i ho faran com a rendiments del capital mobiliari, de manera que l'aportació realitzada queda exempta de tributació.

*Interès tècnic anual garantit de l'1,25%; se'n bonifica fins al 3% només si es manté fins al venciment del contracte (30/11/2020).

901 215 216

www.mutualmedica.com

 infomutual@mutualmedica.com  [@MutualMedica](https://twitter.com/MutualMedica) 



MutualMèdica

la mutualitat dels metges