

BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial
de Metges de Lleida



Número 123 · Juny del 2017

Celebració del centenari de l'OMC al Col·legi de Metges de Lleida



**Les voluntats anticipades
sobre les atencions
sanitàries futures**

**L'associació Esclat, XV
Premi a la Solidaritat en
l'àmbit sanitari del COMLL**



Treballem per oferir-te la millor protecció

- ✓ Posem a la teva disposició un **assessor personal** per **avaluar les teves necessitats**.
- ✓ Cerquem l'opció que s'adapta a tu entre les **millors companyies del mercat: Zurich, Surne, Antares, Helvetia, Axa, Liberty...**
- ✓ T'ofereim el **millor preu**.

Informa-te'n ara



Rambla d'Aragó, 14, Pral.
Lleida



902 11 36 67



medicorasse@med.es

Centenari de la Fundació Organització Mèdica Col·legial

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va acollir al maig la celebració del centenari de la constitució de la Fundació Organització Mèdica Col·legial (OMC). L'acte va permetre recordar els inicis de l'entitat i fer un breu balanç de les prestacions o beques que aporta al col·lectiu professional.

Tal vegada resulta difícil avui fer-nos una idea que fa 100 anys els metges no percebien cap pensió o remuneració quan emmalaltien o patien una invalidesa. A més, les famílies restaven totalment desprotegides en cas de defunció del professional de la Medicina. És a dir, la malaltia o la mort comportava gairebé una condemna a la misèria i la marginació.

Aquesta greu carència, de la qual la professió ja en parlava l'any 1917 per trobar-hi una via de solució, va ser especialment virulenta pels efectes de l'epidèmia de grip del 1918, que va provocar el traspàs de molts metges i, per tant, moltes vídues i orfes van necessitar ajuda per sobreviure dignament. Anys després, la Guerra Civil va provocar la mort de molts metges i van quedar 400 orfes sense aixopluc. Aleshores, els companys van decidir fer una aportació de 30 pessetes a l'any a favor dels familiars dels col·legues difunts.

Actualment, la fundació es manté per l'aportació de 7 € mensuals dels col·legiats i col·legiades. Aquests fons s'utilitzen en l'ajut als metges malalts, a través del programa PAIMM, i en cas de mort, en beques per als familiars per garantir-los una subsistència digna i donar estudis als orfes. La Fundació atén a Espanya 3.000 beneficiaris, dels quals 2.000 són orfes. A Lleida els beneficiaris són 37 persones, que suposen un cost mensual de 140.653 €.

Els reptes del segle XXI per a la fundació són adequar-se als temps actuals mitjançant l'adaptació dels estatuts, practicar una acurada transparència dels comptes i augmentar la participació dels col·legiats en les decisions.



Fotografia portada: PEPE BARBERO

Esclat, XV Premi a la Solidaritat del COMLL

L'associació Esclat ha guanyat el XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL amb el seu projecte *Centre Obert pare Palau* **05**

Debat sobre les voluntats anticipades

Opinions de Xavier Alonso, Núria Arrarás, Concepció Canut, Josep Corbella, Marta Gabernet i Carme Piqué **16**

Salut Comunitària a Lleida

Reportatge d'Estrella María La-lueza. **27**

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

Consell de Redacció:

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

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

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

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

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

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

CENTENARI DE LA FUNDACIÓ ORGANITZACIÓ MÈDICA COL-LEGIAL



Divina Fumaryl, vídua del Dr. Egido, va explicar la seva experiència

L'OMC ajuda solidàriament 3.000 metges malalts i vídues i orfes de facultatius

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar el 8 de maig, a la seva seu, el centenari de la Fundació Organització Mèdica Col·legial (OMC), que integren els col·legis de metges i el Consell General de la professió. La Fundació es finança a través d'una quota solidària de 7 € al mes que paguen els metges i les metgesses. Aquests diners es destinen a ajudar metges malalts i, en cas de mort, les seves famílies, i garantir, a més, la formació dels orfes.

“En 100 anys segur que l'OMC ha fet bé les coses per haver perdurat tant de temps”, va dir el Dr. Francisco Purroy, membre de la Junta de Govern del COMLL, en la presentació de l'acte, que va comptar amb les intervencions del president del COMLL, Dr. Ramon Mur; del president de l'OMC, Serafín Romero; del cap d'Administració del col·legi lleidatà, Manel Rosell, i de Divina Fumaryl, beneficiària de les beques de la Fundació.

El Dr. Mur va recordar els inicis de la Fundació l'any 1917 “en un entorn de carència de prestacions socials per als metges i les seves famílies”. Un entorn comparable amb l'actual crisi econòmica, en què es tracta els professionals de la Medicina “com a proletaris qua-

A Lleida hi ha 36 beneficiaris d'aquestes prestacions socials

L'OMC va néixer el 1917 davant la carència de prestacions per als professionals de la Medicina

lificats” i es poden produir casos de desemparament. “Per aquest motiu, l'OMC manté la mateixa vigència de fa 100 anys”, segons Mur.

El president del COMLL va destacar els valors fundacionals de la Fundació, la solidaritat, l'altruisme i l'ajuda al pròxim. Es va preguntar si segueixen vigents aquells valors i va recordar les positives respostes dels estudiants de Medicina en una enquesta: havien elegit la carrera pel seu desig d'ajudar els

altres, treballar amb persones i millorar la salut de la ciutadania.

“El millor moment de la nostra feina a la Junta de Govern és quan signem cada mes les transferències econòmiques als 37 beneficiaris de les prestacions de l'OMC a Lleida, amb un import de 140.653 €, va assegurar Ramon Mur. I va acabar la intervenció amb la frase “la fundació gaudeix de bona salut”.

La grip del 1918

El Dr. Serafín Romero va fer un apunt històric de la fundació. La grip de l'any 1918 va provocar el traspàs de molts metges i moltes vídues i orfes van necessitar ajuda per sobreviure dignament. Un segon episodi greu va ser la Guerra Civil, que, segons dades del 1940, va deixar 400 orfes de pares metges. Aleshores, els companys van decidir fer una aportació de 30 pessetes a l'any a favor dels familiars dels col·legues difunts.

“L'OMC ha evolucionat seguint els canvis socials”, va afirmar el Dr. Romero. “Fins i tot en l'època de l'Estat del Benestar hi havia espais en què calia donar un cop de mà”, va dir. “Els últims anys, les principals demandes fan referència a la conciliació de la vida familiar i laboral, la dependència i les addiccions, entre altres, que abans no existien, motiu pel qual hem ampliat la cartera de prestacions”, va explicar.

Aquesta organització és única, ja que no n'hi ha cap de similar en altres entitats professionals, i no rep cap subvenció de les administracions. En l'actualitat, atén a Espanya 3.000 beneficiaris, 2.000 dels quals són orfes, i gestiona un pressupost de 13.400.000 € anuals “amb claredat i transparència”, segons el Dr. Romero.

El president de l'OMC, com la resta de persones que hi van intervenir, es va mostrar convençut que la fundació es mantindrà activa “100 anys més”, tot i la necessitat d'adaptar els estatuts a l'evolució de la societat i d'incrementar la participació de les direccions col·legials. “Quan anem junts, som més”, va sentenciar.

Manel Rosell, cap de l'Administració del COMLL, va explicar als assistents com es gestionen administrativament i emocionalment les sol·licituds de les beques a Lleida mitjançant “un tracte personalitzat”. La darrera intervenció va ser la de Divina Fumaryl, vídua des de fa cinc anys del Dr. Egido. Ella va parlar de la seva experiència com a beneficiària de les prestacions i va afirmar que el seu fill de 24 anys i la seva filla de 14 anys “són feliços gràcies a la Fundació”.

Magda Ballester

L'associació Esclat, XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL

Pel seu projecte “Centre Obert Pare Palau”

Esclat, Associació Solidaritat i Servei Santa Teresina, va guanyar el XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari que convoca el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL). El premi es va concedir pel projecte Centre obert Pare Palau, que desenvolupa aquesta ONG i que inclou un programa de salut.

El Centre Obert Pare Palau és un servei diürn que es presta fora de l'horari escolar per compensar les deficiències socioeducatives mitjançant el treball individualitzat, grupal i comunitari d'infants i joves. El centre acull diàriament una vuitantena de nens i joves.

El programa de salut es treballa transversalment i, a més, es realitzen activitats per potenciar prioritàriament els hàbits i l'alimentació saludables. En aquest sentit, els objectius de l'entitat són identificar i oferir els aliments que garanteixen una dieta saludable —tenint sempre presents les possibles al·lèrgies i la presència d'infants de religió musulmana—, fer adquirir hàbits d'alimentació i mesures higièniques mentre es berena i fomentar el treball en equip a l'hora d'habilitar l'espai per menjar, entre d'altres.

Activitats

A partir de les reunions amb l'equip d'educadors, les persones voluntàries i els agents exteriors que hi han col·laborat, com, per exemple, el Departament de Salut, l'Ajuntament de Lleida i el CAP Mariola, el darrer any s'han organitzat i realitzat les següents activitats:



Lliurament del premi als representants d'Esclat

ment de Salut, l'Ajuntament de Lleida i el CAP Mariola, el darrer any s'han organitzat i realitzat les següents activitats:

- Concurs El berenar del xef: aprofitant que els nois més grans eren seguidors del programa televisiu *MasterChef*, van elaborar un berenar diferent.
- Xerrada sobre alimentació saludable: la fundació Herbalife va fer una xerrada per a les famílies i els nens.
- Tallers de cuina per a infants: activitat mensual que va permetre conèixer receptes de diferents llocs del món gràcies a l'origen d'alguns infants.
- Projecte d'hàbits saludables: fet, en col·laboració amb el CAP Mariola i el Departament de Salut, amb el grup de nois més gran.
- Formació en manipulació d'aliments: curs impartit per professionals de

l'Institut Municipal d'Ocupació

- Taller de cuina amb les famílies: amb la finalitat de donar pautes per a una alimentació saludable i preparar receptes igualment saludables.
- Casal d'estiu i colònies: va possibilitar treballar molt més els aspectes de l'alimentació, ja que els nens i els joves s'hi quedaven a dinar.

Paral·lelament, Esclat també desenvolupa un programa d'aliments per cobrir les necessitats bàsiques de les famílies amb dificultats econòmiques. Setmanalment, es distribueixen 60 lots d'aliments.

El Centre Obert Pare Palau va néixer l'any 1987 per la iniciativa d'un grup de persones vinculades a la parròquia de Santa Teresina. El centre està ubicat entre els barris de la Mariola i el Centre Històric, d'on provenen gairebé tots els joves i infants que atén.



Activitats de l'associació que acull diàriament una vuitantena de nens i actua també amb les famílies



Assistents a la reunió de l'Asociación Médica Transpirenaica a Saragossa

L'AMT, interlocutora de la professió amb França i Espanya

L'Asociación Médica Transpirenaica (AMT) va avançar el 2 de maig a Saragossa en el camí de convertir-se en la interlocutora de la professió davant de les administracions d'Espanya i França. En la primera jornada de treball celebrada des de la seva constitució, a finals del 2016, l'AMT es va plantejar la cerca de propostes per finançar projectes propis i el paper que han de jugar les TIC en l'àmbit de la salut.

En la trobada, organitzada pel Col·legi de Metges de Saragossa, copresident de l'AMT, van participar representants dels col·legis de Lleida, Saragossa, Osca i Terol, el Consell Regional de l'Orde de Metges Midi-Pyrénées, el Consell Regional de l'Orde de Metges Llenguadoc-Rosselló i el Consell Regional de l'Orde de Metges d'Aquitània. El president del COMLL, Ramon Mur, hi va assistir en representació del Consell de Metges de Catalunya.

Durant la reunió, Jean Louis Valls, director de la Comunitat de Treball dels Pirineus, va informar els assistents sobre la possibilitat de sol·licitar finançament a la Unió Europea per a l'elaboració de projectes propis dins de l'àmbit de la salut transfronterera. Valls també va parlar sobre possibles contactes que poden servir de *partners* en futurs projectes de l'AMT.

Primera jornada de treball des de la seva constitució, a finals del 2016

Respecte a les TIC, es van presentar dues ponències. La primera a càrrec d'Alberto Gascón, *managing partner*, i Javier Llovera, *senior advisor* de DOXA IS, que van desenvolupar el tema *Smart Health, telemedicina i tecnologia al servei dels pacients*. Daniel Vicente, director general de Mediphealth, i Albert Gotor, CEO de Gotor Comunicaciones, van presentar *La solució MedipVitals de digitalització de constants vitals: aplicacions a entorns rurals*.

L'AMT es va constituir el 5 de novembre de l'any passat a Carcassona, on va aprovar els estatuts i va elegir els membres de la Junta. El Dr. Hervé Guiter, dels Metges de Midi-Pyrénées, i la Dra. Concepción Ferrer, de Saragossa, van ser escollits copresidents. El Dr. Ramon Mur, president del COMLL, i el Dr. Jean Thevenot, de Midi-Pyrénées, van ser nomenats vicepresidents de l'associació.

Assemblea ordinària anual de col·legiats del COMLL

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar el passat 18 d'abril, a la seu col·legial, l'assemblea anual ordinària de col·legiats. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior, els assistents van guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, el Dr. Ramon Mur Garcés i la Dra. Maria Irigoyen Otiñano van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, documents que recullen de forma resumida la vida col·legial de l'any 2016 i que van merèixer l'aprovació dels assistents. Va continuar l'assemblea amb les intervencions dels següents membres de Junta, cada un d'ells informant en les seves respectives àrees: la Dra. Margarita Puigdevall, sobre medicina privada; el Dr. Iñigo Lorente, sobre cooperació internacional; la Dra. Laura Melé, sobre l'àrea tecnològica col·legial, la Dra. Neus Pociello, sobre la formació mèdica continuada; el Dr. Francesc Purroy, sobre la promoció dels MIR i altres, i la Dra. Nàdia Abdul-Ghani, sobre l'assegurança de responsabilitat civil professional.

Seguidament, es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2016.
2. Aprovació del pressupost del 2017. El tresorer, Dr. Ivan Aguirregoicoa Olabarrieta, va informar detalladament del contingut dels documents anteriors i va explicar les diferents partides que conformen els estats comptables, la situació patrimonial del Col·legi el 31 de desembre de 2016 i el pressupost col·legial de 2017.
3. De les seccions col·legials actualment en funcionament, es van tractar els assumptes següents:
 - Aprovació de la liquidació del pressupost del 2016
 - Aprovació del pressupost de l'any 2017

Els assistents van aprovar tots els documents ressenyats.

A continuació, es va sotmetre a la consideració de l'assemblea la proposta d'aprovació definitiva de la Secció



Imatge de l'assemblea anual del Col·legi Oficial de Metges de Lleida



Lliurament del diploma al Dr. Miguel Ángel Rueda



La Dra. María Luisa Moreno recull el diploma

Els assistents van aprovar el pressupost del 2017

Nova Secció Col·legial de Ginecologia i Obstetrícia

Col·legial de Metges de Ginecologia i Obstetrícia, una vegada efectuats tots els tràmits reglamentaris, proposta que va ser aprovada.

Després d'un breu torn de precís i preguntes, es va procedir al lliurament del diploma col·legial i del Consejo General, així com de la insígnia als col·legiats i col·legiades presents que havien assolit la condició d'honorífics i

honorífics des de la darrera assemblea i que van ser els següents: Drs. Alberto Fité Argerich, Santiago Roura Mas, Paul Canales Corzo, José Ángel Figuerol Corvino, Pere Baró Ros, Núria Peruga Babot, José Manuel Ballester Guallar, José Muñoz Márquez, Santiago Sales Rufi, Úrsula Palau Borràs, Assumpta Parramon Bregolat, Alfredo Dealbert Aguilar, Isidro Rodoreda Meilán, Adolfo Cruz Bacallado Curbelo, Alicia García Clemente, Miguel Ángel Rueda Torres, Carlos Querol Vela, María Luisa Moreno González i Javier Florensa Orive.

Finalment, es va procedir al lliurament del XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2016 a Esclat, Associació Solidaritat i Servei Santa Teresina, pel seu projecte *Centre Obert Pare Palau*, en què desenvolupa una sèrie de serveis i programes socials, entre aquests, també de salut. Pere Cuesta Pérez i Fina Sanvicens Alins, president i vocal, respectivament, de l'associació, van recollir el premi.

Resum del pressupost COMLL per al 2017

INGRESSOS	
Venda d'impresos	22.700,00
Subvencions	2.800,00
Altres ingressos de gestió	804.056,20
Ingressos financers	850,00
Beneficis/ingressos excepcionals	10,00
Total ingressos	830.416,20
DESPESES	
Adquisició d'impresos	5.400,00
Variacions d'existències	2.000,00
Serveis exteriors	457.416,87
Tributs	52.000,00
Despeses de personal	292.000,00
Dotació d'amortitzacions	21.600,00
Total despeses	830.416,20

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves darreres sessions, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Inscriure al Registre Col·legial de Societats Professional l'entitat Arthro-medics Lleida Gabinet, SLP perquè compleix els requisits establerts.
- Informació sobre la trobada amb el conseller de Salut, juntament amb el president dels Col·legis de Metges de Catalunya, en què s'han demanat més recursos per millorar la plantilla de professionals a les contrades de Lleida.
- Informació sobre l'assistència de la Dra. Maria Irigoyen, secretària del Col·legi, el 30 de març, a la presa de possessió del nou president del Consejo General de Colegios Médicos, Dr. Serafín Romero Agüit.
- Contractació laboral a temps parcial de Marina Canales Navarro per reforçar l'àrea tecnològica col·legial. Així mateix, s'ha contractat Marta Vidal Ximenes per reforçar l'àrea de serveis asseguradors i fiscal de cara a la campanya de la declaració de la Renda.
- Concessió de la primera edició de les beques del COMLL de promoció de la docència adreçades a metges residents de formació especialitzada a Lleida als MIR Adrià Esplugues Vidal, Marc Agraz Bota, Mar Miralbes Torner, Clara Matas Nadal, Sulamita Carvalho Brugger i José Manuel Fernández Armenteros.
- Informació sobre la celebració l'1 d'abril del II Torneig de Pàdel del COMLL.
- Atorgament del XV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del Col·legi de

Metges de Lleida a l'associació Esclat, Associació Solidaritat i Servei Santa Teresina.

- Informació sobre el curs de RCP i de coneixements bàsics en relació amb el DEA, que hi ha instal·lat a la mateixa seu social, que van realitzar el personal del Col·legi. El curs va estar impartit pel Dr. Daniel Lacasta.
- Celebració, el dia 8 de maig, a la seu del COMLL, de l'acte del Centenari de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos, amb

la presència del Dr. Serafín Romero, president de l'OMC.

- Concessió d'un ajut col·legial a les XI Jornades de Pneumologia de Lleida.
- Informació sobre l'assistència del Dr. Carles Querol, en representació del Col·legi, a les reunions de la recentment creada Comissió Assessoria del Pla d'Estabilitat Laboral del Departament de Salut, en què es formulen suggeriments i propostes d'aquest àmbit.
- Vist-i-plau al text del decàleg de coordinació de l'assistència entre hospitals i Atenció Primària per a l'optimització de l'atenció a les persones, famílies i comunitat.
- Concessió a una col·legiada de l'exempció temporal de quota col·legial.

Moviment col·legial de març, abril i maig del 2017

El COMLL ha registrat 43 altes durant els mesos de març, abril i maig del 2017: María Remedios Ortega Sánchez, Rosa Mora Ferrer, Aida Rexachs Hueso, Conxa Tous Mayoral, Janos Kovacs Kornel, Jaume Ortega Alcaide, Núria Pueyo Balsells, Yhovany Gallego Sánchez, Eva Pijoan Comas, Francesc Xavier Michelena Gil, Dinora Polanco Alonso, Sònia Fornés March, Marina Espigares Salvia, Roser Masó Vallmajó, Marta Sierra Concellón, Maria Malla Montagut, Ester Yuste Berenguer, Albert Tugues Peiró, Gonzalo Martí Socías, Rosa Encarnación Plana Bolba, Núria Garcia Barbará, Roberto Antonio Palacios Garrán, Nelly Raquel García López, Graciela Elisenda Bagüeste Morán, Oscar Sánchez Castelo, Júlia Siscart

Viladegut, Beatriz Cortina Cabrerizo, María Fabiana Díaz López, Giovanni Torterolo, Isabel Cristina Hernández Gómez, Marina Riera Ponsati, Ana Biel Abad, Magí Vilaltella Ortiz, Marta Micol Bachiller, Sarah El Yacoubi, Annabel Palmyra de la Cruz Díaz, Eva Taules Molano, Sara Sánchez Salamero, Marta Mur Irizar, María del Pilar Guiu Villanueva, Joan Àngel Baldo i Àngela Campos Jiménez.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 10 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes del mes d'abril, figura la defunció del Dr. Víctor Cava Agelet.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els Drs. Javier Florensa Orive, María Luisa Moreno González i Rosa María Tella Arnau.

Total col·legiats el 30/04/2016: 1.814

Torneig de Pàdel contra el càncer de mama i de pròstata

El II Torneig de Pàdel del COMLL es va celebrar l'1 d'abril. El torneig es va jugar sota el lema *Guanyem el càncer de mama i de pròstata*. El Col·legi agraeix la implicació tant dels organitzadors com dels participants.



Inauguració de la jornada a l'HUAU

Sessió clínica a l'HUAU sobre la Fundació Galatea i el programa PAIMM

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAU) va celebrar el 28 d'abril una sessió clínica sobre la Fundació Galatea, que desenvolupa el Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM). Antoni Calvo, director de la Fundació i psicòleg, i el psiquiatre Miquel Bel van

informar sobre el procediment que cal seguir per identificar els professionals de la medicina amb problemes psíquics o conductes addictives i com derivar-los al PAIMM.

Més de 50 persones, entre directors de centre, caps de servei, tutors de metges residents i membres de la Comissió de Docència, van assistir a la sessió. El Dr. Mateu Hugué, gerent territorial de l'ICS, va inaugurar la trobada, en què també van participar la Dra. Margarita Puigdevall, vicepresidenta del COMLL, i la Dra. Maria Irigoyen, secretària del COMLL i referent del PAIMM a Lleida.



A l'esquerra, el Dr. Bascompte, i a la dreta, el Dr. Morales

"Actualització en insuficiència cardíaca" al COMLL

L'activitat de formació *Actualització en insuficiència cardíaca* es va celebrar al Col·legi Oficial de Metges de Lleida del 13 de març al 24 d'abril, en sessions de les 18 a les 20 hores. La participació, tant presencial com via *streaming*, va ser molt elevada. Les conferències

es van anar a càrrec de nombrosos especialistes de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, de l'Hospital Universitari Santa Maria i del CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere.

Els temes impartits van tractar sobre epidemiologia i història natural de la insuficiència cardíaca, tractament de la insuficiència cardíaca amb fracció d'ejecció deprimida, necessitat del treball transversal i en equip: unitats d'insuficiència cardíaca i tractaments especials en insuficiència cardíaca.

Celebrada l'activitat "Actualització en patologia digestiva"

Sota l'organització del COMLL i la coordinació de l'Associació Médico-Quirúrgica de Lleida, l'activitat *Actualització en patologia digestiva* es va celebrar a la seu col·legial del 5 al 26 d'abril. Les conferències van tenir molt bona acollida entre els professionals.

El Dr. Juan Armando Rodríguez Oballe, de l'Hospital Universitari de Santa Maria (HSM), va impartir la primera conferència, que va tractar sobre *El maneig del restrenyiment*. La Dra. Raquel Ballester, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAU), va parlar sobre *Abordatge multidisciplinari de la malaltia celíaca*.

Les vacunacions en malaltia inflammatòria (EII) van ser el tema desenvolupat per la Dra. Empar Sainz, de l'HUAU. La darrera conferència va abordar *Hepatitis crònica per VHC*, a càrrec de la Dra. Natividad Zaragoza, de l'HUAU.



Josep Corbella, nou director de la revista del Col·legi d'Advocats "Lo Canyeret"

La Junta de Govern del Col·legi d'Advocats de Lleida ha nomenat Josep Corbella Duch director de la seva revista col·legial, *Lo Canyeret*. Corbella és doctor en Dret, advocat i assessor jurídic de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. L'any 2008 va ingressar com a acadèmic corresponent a la Real Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Josep Corbella ha escrit diversos llibres, entre els quals *Curs de legislació sanitària*, i és articulista en publicacions del sector sanitari, com la revista *Aghatos*, i en la premsa lleidatana. El nou director de *Lo Canyeret* també és membre del Consell de Redacció de BUTLLETÍ MÈDIC, que edita el COMLL.

II Congreso Nacional de Ecografía Point of Care

El Congreso Nacional de Ecografía Point of Care se realizó los días 28, 29 y 30 de abril en la sede de Cappont de la Universidad de Lleida. Este congreso fue desarrollado por Winfocus España, creada en 2007, y que ha llevado la batuta de la organización de congresos acerca de la utilidad del ultrasonido en las diversas áreas médicas de trabajo hospitalario, como medicina de urgencias, anestesiología, cuidados intensivos, etc.

Cada vez más la ecografía en el punto de atención clínica se convierte en una herramienta imprescindible de nuestra práctica clínica diaria y contribuye enormemente a que el proceso asistencial sea de calidad y basado en las buenas prácticas médicas. Su adecuado desempeño requiere una formación específica, que supone un auténtico reto docente académico y de postgrado.

El congreso contó con la colaboración de conferenciantes nacionales e internacionales de alto renombre en el desarrollo de estas técnicas de ultrasonido a nivel mundial. Presidido por



El congreso se desarrolló en la sede de la Universidad de Lleida en Cappont

Un total de 200 profesionales participaron en el congreso

Hay que extender el uso del ultrasonido como herramienta útil

el Dr. Ramon Nogué, presidente del congreso, consiguió la participación de más de 200 congresistas en la asistencia de los temas del congreso y en los talleres específicos.

Las conferencias del primer día abordaron el papel de la ecografía y las nuevas recomendaciones en insuficiencia cardíaca para ayudar a direccionar el diagnóstico y tratamiento cuando nos enfrentamos, por ejemplo, a un edema agudo de pulmón de origen cardiogénico y no cardiogénico; la utilidad de la ecografía en el paciente con disnea para establecer los diferentes patrones ecográficos del pulmón enfermo y contribuir a definir el diagnósti-

co; las nuevas recomendaciones en ecografía Point of Care en el paciente politraumatizado, con la utilidad de la Eco-Fast extendida para la identificación de patologías potencialmente graves, y la enfermedad tromboembólica, en la cual no solo se realiza para la identificación del trombo venoso en el ultrasonido, sino también para realizar una ecocardiografía a pie de cama y descartar la presencia de tromboem-



bolismo pulmonar si se sospecha. Los dos días restantes se realizaron diferentes talleres en soporte vital nivel básico y avanzado, ecocardiografía en emergencias y cuidados críticos nivel básico y avanzado, ecocardiografía en urgencias pediátricas y cuidados críticos, ecografía pulmonar en asistencia primaria, emergencia y cuidado crítico nivel básico y avanzado.

El congreso cumplió con todas las expectativas y el mensaje que deja es de continuar por la línea de la formación e investigación, y extender el uso del ultrasonido como una herramienta útil para la identificación de diversas patologías en nuestro ámbito hospitalario y extrahospitalario.

Dr. Esteban Osorio
Facultativo especialista en Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario Arnau de Vilanova



Asistentes al congreso organizado por alumnos de Medicina de Lleida

Un total de 126 estudiantes al Congreso per a Estudiants de Neurologia i Neurociència

Un total de 126 estudiants van participar els dies 10 i 11 de març en la primera edició del Congrés Interdisciplinari per a Estudiants de Neurologia i Neurociència (CIEN2), que es va celebrar a Lleida. Aquesta iniciativa sense ànim de lucre va sorgir a finals de l'any 2014 impulsada i organitzada per estudiants de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

Avalat per la Societat Catalana de Neurologia i per la Sociedad Española de Neurociencia, el congrés va comptar amb grans professionals del camp de la Neurologia i la Neurociència d'arreu de l'Estat. Entre els 126 estudiants de Ciències de la Salut assistents, una cinquantena provenien d'altres universitats i la resta, de la Universitat de Lleida i l'IRBLleida.

El programa del congrés es va desenvolupar durant dos dies, de les 8 a les 20 hores, amb diferents continguts de gran interès i impacte neurocientífic. Va destacar la presència del Dr. Pagonabarraga, de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; la Dra. Diersen, del Centre de Regulació Genòmica de Barcelona; el Dr. Dalmau, del Centre d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer (IDIBAPS) de Barcelona; el Dr. García-Segura, de l'Instituto Cajal de Madrid, i el Dr. Montero, de l'Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona.

Els tallers van anar a càrrec de diversos professionals de diferents disciplines, i van donar un caràcter més multidisciplinari i interactiu al congrés. Els van impartir el Dr. Prats, de la Universitat de Barcelona; la Dra. Pujol, el Dr. Brieva, el Dr. Purroy, el Dr. Mauri, el Dr. Piñol, la Dra. Hernández i el Dr. Cambray, de la Universitat de Lleida, i el Dr. Pagona-

barraga, de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Alguns dels estudiants assistents van presentar els seus treballs d'investigació i els seus pòsters científics, que van ser avaluats i premiats pel Comitè Científic.

Guanyadors

Els guanyadors en comunicacions orals van ser:

Primer premi: Oriol Narcís, del Departament d'Anatomia i Biologia Cel·lular de la Universitat de Cantàbria.

Segon premi: Maria Montserrat Soriano, de la Universitat Pompeu Fabra.

Tercer premi: Alba Sansa, del Màster d'Investigació Biomèdica de la Universitat de Lleida.

En pòsters, els guanyadors van ser:

Primer premi: Guillermo Aparicio, de l'Instituto Cajal de Madrid.

El CIEN2 va comptar amb el suport de la Universitat de Lleida, la Facultat de Medicina, l'IRBLleida i el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLleida) en l'organització del congrés. A més, hi van col·laborar empreses i entitats locals de Lleida que van donar suport a aquesta iniciativa creada i destinada a professionals en formació.

El congrés també va comptar amb múltiples activitats socials i culturals, que es van dur a terme en els diferents campus de la universitat i en llocs emblemàtics de la ciutat de Lleida, com la visita nocturna a la Seu Vella.

Mercè Matinero Tor
Estudiant de 6è de Medicina
Presidenta del Comitè Organitzador del CIEN2
Fotografia: Sara de Antonio



Inscrits 200 professionals a la Jornada sobre Nutrició Infantil

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) va acollir a la sala d'actes, el dia 27 de maig, la I Actualització sobre Nutrició Infantil de les Terres de Lleida. L'objectiu de la jornada va ser ampliar i actualitzar els coneixements sobre nutrició infantil dels professionals sanitaris que treballen en l'àmbit de la Pediatria. Cal destacar l'èxit de participació, amb 200 persones inscrites: pediatres, infermeres, dietistes, nutricionistes, estudiants de medicina, infermeria, dietètica i nutrició i logopedes. L'acte es va iniciar amb la inauguració, que va dur a terme la Dra. Mireia Biosca, pediatra de l'EAP Les Borges Blanques, una de les organitzadores de l'esdeveniment. Seguidament, va tenir lloc el primer bloc amb la taula titulada *Alimentació en la diversitat*, moderada per la dietista-nutricionista Cristina Moreno, de l'HUAV, que va ser com un viatge des de l'Àfrica Subsahariana fins a Rússia, passant pel Marroc i Romania, per conèixer els seus hàbits alimentaris, com canvien quan arriben a casa nostra i quines conseqüències poden tenir en els fills d'aquestes famílies de la mà de Joy Ngo de la Cruz.

En segon lloc, la dietista-nutricionista i infermera Marta Anguera Salvatella va parlar d'alimentació vegetariana i del seguiment que cal fer-ne. Finalment, la nutricionista-dietista Alejandra Gutiérrez, de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, va donar a conèixer les diferents característiques i components de les fórmules infantils animals i vegetals, de les begudes vegetals i els riscs nutricionals associats al seu consum.

Acabada la primera taula, es va fer un esmorzar saludable amb coques de recapte, fruita seca, entrepans, cafès, infusions i fruita tallada. Tot seguit es va iniciar la segona taula rodona titulada *Alimentació en la malaltia*, moderada per la Dra. Agnès Huguet, pediatra de l'EAP Rambla Ferran, per aprendre aspectes sobre el desenvolupament de la deglució dels nens i els seus trastorns, que va tractar Raquel Ezquerria, logopeda de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Tot seguit, Nuria Guillén Rey, dietista-nutricionista de l'Hospital Sant Joan de Reus, i Luján Soler, també consultor nutricional a Madrid, van examinar els aspectes nutricionals que cal tenir en compte en determinades malalties (celiaquia i patologia al·lèrgica) i quan s'ha de derivar al dietista-nutricionista i/o a l'atenció especialitzada.

Per finalitzar, la Dra. Neus Pociello, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va cloure la jornada fent un resum interactiu de tots els temes tractats



Sala d'Actes de l'HUAV amb els participants a la jornada



Esmorzar saludable per als assistents

durant la jornada. Les sis presentacions de la jornada estan penjades a <https://www.slideshare.net/pediatresdeponent> i també agrupades a l'apartat *Col·leccions* de la pàgina de Google+ de Pediatres de Ponent per poder-hi

accedir o facilitar l'enllaç a les persones o famílies o usuaris que necessitin informació de qualitat. La segona edició de l'*Actualització sobre Nutrició Infantil* es preveu per al 2019. Us hi esperem de nou.



Presentació pública de l'obra a la sala Alfred Pereña de Lleida

"Els braços que no malcrien", llibre de la Dra. Gabarrell i de la Dra. Fernández Hurtado

La Dra. Carme Gabarrell Guiu i la Dra. Itziar Fernández Hurtado han escrit el llibre *Els braços que no malcrien*, que ha publicat Pagès Edicions. L'obra s'estructura en cinc apartats, cada un amb un títol, que inclouen un total d'onze capítols. Cada capítol pot ser independent en si mateix.

El llibre és fruit de l'experiència de les dues metgesses com a mares i com a professionals.

Els diferents capítols reflexionen sobre els temes següents:

Ser pares avui

Un món ple de contradiccions i una maternitat al seu servei.

Costa fer una espai a la maternitat/paternitat en les nostres vides plenes de feina i obligacions.

No n'hi ha prou a fer espai a casa, hi ha un espai més important que el físic, si

estem disposats a aprendre i a escoltar-nos, a escoltar el nostre nadó.

Ara sí que vull!

Concepció i infertilitat

Els canvis socials fan que la maternitat quedi per quan ja ho tenim tot lligat. El que havia de ser un acte natural es converteix en una cursa contrarellotge... Com ens sentim?

Preparant-se per ser pares

Estic embarassada! Canvis físics i psicològics en la mare i el pare.

El capítol se centra en els canvis psicològics i neurohormonals de la mare durant l'embaràs, que la capaciten per tenir cura del seu nadó en un maternat conscient.

El part i el contacte pell amb pell

En aquest capítol, ens qüestionem alguns mites respecte al part (Cal córrer?



Cal medicalitzar sempre?) i la importància del contacte pell amb pell, que hauria de ser respectat per sobre de rutines hospitalàries.

El naixement d'una mare

Fer de fill i de mare: forjant un vincle i una identitat.

Un nadó sol? Això no existeix!

La mare ha d'aprendre a ser-ho, en el seu món intern i en l'extern. El vincle que estableix amb la seva criatura, i la criatura amb la mare, va forjant la seva identitat com a mare.

Què hi ha al cap d'un nadó?

Diferències entre 0-6 mesos i més de 6 mesos. La presència de la figura materna.

L'alimentació: pit o biberó?

Lactància materna, sempre, però...

Els hàbits de la família són importants. Eduquem amb l'exemple!

El son normal. Mètode per deixar dormir

El son és un procés evolutiu. Saber-ho és clau.

De professió? Pares conscients!

El paper del pare: definim tres models de funcionament familiar basats en el paper del pare (rival, absent, present).

La funció dels altres: germans, avis, guarderia

La importància del avis en la seva justa mesura.

Els nens no necessiten anar a la guarderia, el nostre model productiu, sí.

Quan ser pares és encara més difícil.

Prevenim o tractem? El paper dels professionals

Depressió postpart i família en dol, maltractament infantil, TEA i altres necessitats especials i institucionalitzacions.

El braços que no malcrien es va presentar al públic el 9 de març a la sala Alfred Pereña de Lleida.

Dos médicos residentes de Lleida premiados en el SEMG Aragón

Clara Fuertes y Paula Ballesta, médicos residentes de la Unidad Docente de Medicina de MFyC de Lleida y pertenecientes al CAP Primer de Maig, recibieron el segundo premio de las XVIII Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Médicos Generales y de Familia (SEMG Aragón) por la comunicación oral *Explórame despacio que tengo prisa*.

Las jornadas, de periodicidad anual, se celebraron en Zaragoza los días 24 y 25 de marzo. Este año la temática tratada fue la gestión de los pacientes pluripatológicos y la comorbilidad, y se desarrollaron diversas aulas formativas.

El caso clínico titulado *Explórame des-*

pacio que tengo prisa trataba de una paciente anciana con pluripatología y polifarmacia, que presentaba una importante limitación funcional ocasionada por patología osteoarticular y obesidad, diversos factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia renal crónica, insuficiencia respiratoria y depresión de larga evolución. Entre los fármacos de la paciente, constaban dos antidepresivos, benzodiazepinas, un antiepiléptico y dos opiáceos, a lo que se añadía la ausencia de un cuidador capacitado para ello.

La paciente sufrió una intoxicación medicamentosa causada por una dispensación inadecuada de sus parches de fentanilo. La anciana presentó una insuficiencia respiratoria por depresión respiratoria y una encefalopatía hipercápnica, que provocó una caída en el domicilio. La paciente fue visitada con motivo de la caída y la obnubilación. La causa del cuadro inicialmente pasó desapercibida ante varios sanitarios y familiares, demorándose

el diagnóstico, y realizándose pruebas complementarias innecesarias. Por ello, el título del caso clínico viene a reflejar la importancia de una correcta exploración física y una anamnesis detallada como herramientas diagnósticas. Igualmente, es necesario el conocimiento de la situación social y familiar de los pacientes ancianos. Los problemas de salud no pueden ser interpretados desde un punto de vista meramente médico, puesto que existen una multitud de factores que contextualizan y definen a nuestros pacientes. Los médicos de AP juegan un papel crucial en este aspecto. El seguimiento longitudinal y el conocimiento de las situaciones individuales de cada paciente permiten detectar y prevenir posibles complicaciones y prescripciones inadecuadas en pacientes ancianos pluripatológicos. Las autoras dedican un merecido agradecimiento al Dr. Pérez Mur por sus habilidades docentes y asistenciales, que fueron muy influyentes para la presentación de este caso clínico.

XI Jornades de Pneumologia per a l'Atenció Primària

Les XI Jornades de Pneumologia per a l'Atenció Primària es van celebrar el 16 de maig a la Sala de Graus de la Unitat Docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). Les jornades estaven organitzades per Atenció Primària de Salut de Lleida, ICS, Servei de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Hospital Universitari Santa Maria de Lleida (HUSM), ALLER (Associació Lleidatana de Respiratori) i CIBERes (Centre d'Investigació Biomèdica en Xarxa de Malaltia Respiratòria). Els objectius de la jornada van ser el retrobament entre la pneumologia hospitalària i primària per actualitzar temes d'interès comú, la millora de determinades habilitats primordials en el camp de la pneumologia i la presentació de les últimes novetats en el camp de la recerca. Aquest any, amb la particularitat que s'ha donat més protagonisme a l'Atenció Primària en l'aspecte organitzatiu.

Amb rigorosa puntualitat, el Dr. Mateu Huguet, gerent territorial de l'ICS-GSS àmbit Lleida Pirineu; el Dr. Ferran Barbé, cap de servei de Pneumologia de l'HUAV, i la Dra. Marta Ortega, cap d'àrea de Formació Continuada d'àmbit Lleida, van inaugurar les jornades, en què es va emfatitzar en la necessitat de la col·laboració entre Primària i Pneumologia per tal d'optimitzar el maneig del pacient amb patologia respiratòria, i també van fer referència a la trajectòria científica al llarg d'aquests anys.

Es va iniciar la jornada amb la taula rodona *Tractament farmacològic de l'MPOC: evidències i controvèrsies*, que van moderar el Dr. Eugeni Paredes, metge de Família de l'ABS Onze de Setembre i membre del Grup de Respiratori de Lleida, i el Dr. Luis Fernando Casas, pneumòleg de l'HUAV i de l'HUSM.

Per part d'Atenció Primària, va participar el Dr. Enric Hernández, metge de Família de l'ABS Les Franqueses del Vallès i membre del Grup de Respiratori CAMFiC. Va iniciar la jornada amb la ponència *Controvèrsies en MPOC: broncodilatació dual o monoteràpia?* D'una manera molt gràfica i amb un extens suport documental, va argumentar que actualment, malgrat tot, cap fàrmac ha demostrat de manera concloent que pot modificar la caiguda de la funció pulmonar ni variar el pronòstic de la malaltia. Només ho

ha demostrat l'abandonament de l'hàbit tabàquic i l'oxigenoteràpia crònica domiciliària en els pacients en què està indicada.

Els broncodilatadors de llarga durada (LAMA i LABA) han demostrat que milloren els símptomes, redueixen la freqüència i la gravetat de les aguditzacions, milloren la tolerància a l'exercici i la qualitat de vida. L'associació de dos broncodilatadors (BD) pot incrementar els principals *outcomes*, encara que molts resultats són de dubtosa rellevància clínica. No s'ha demostrat que la BD inhalada sigui sempre el millor tractament per a tots els pacients. Les noves edicions de les guies GOLD i Gesepoc recomanen tractar els pacients amb risc de patir exacerbacions amb DB. Quan estigui indicada la BD, l'ús d'un sol dispositiu pot millorar l'adherència al tractament. Pacients MPOC candidats a DB: pacients amb dispnea ≥ 2 punts escala mMCR. Pacients en tractament amb 1 BD que continuen amb símptomes i pacients exacerbadors.

Com a farmacèutica, Esther Pastor, de la Unitat de Farmàcia SAP Vallès Oriental, va plantejar la pregunta *La doble broncodilatació és cost-efectiva?* I va concloure que la doble broncodilatació podria ser cost-efectiva davant la monoteràpia amb LAMA en els pacients simptomàtics i amb exacerbacions. La doble broncodilatació probablement és cost-efectiva enfront l'associació de LABA més fluticasona, però depèn del cost dels fàrmacs. Les opcions més cost-efectives podrien ser umeclidini/vilanterol, tiotropi/olodaterol i glicopirroni/indacaterol.

Manquen estudis independents en el nostre àmbit. Caldria definir quin seria el millor model per a l'avaluació econòmica en aquesta patologia. I seria ideal disposar d'anàlisis de dades de pràctica clínica real que incorporessin variables com adherència i persistència.

Com a pneumòleg, el Dr. Oriol Sibila, de l'Hospital de Sant Pau i la Santa Creu, va exposar la seva ponència titulada *Tractament farmacològic en l'MPOC, evidències i controvèrsies*. Per parlar de les evidències, es va basar en les novetats de la guia GOLD, que prescindeix del FEV1 per a la classificació de l'MPOC en els 4 grups habituals A, B, C i D. I en funció d'aquesta classificació es determina el tractament més adient. La BD tampoc és una cosa tant original, atès que els professionals



Imatge general del públic assistent



Taula inaugural, d'esquerra a dreta, el Dr. Barbé, el Dr. Mateu Huguet i la Dra. Marta Ortega



Taula rodona, d'esquerra a dreta, el Dr. L. F. Casas, el Dr. Enric Hernández, el Dr. Oriol Sibila, el Dr. Eugeni Paredes i Esther Pastor

El Dr. Huguet, el Dr. Barbé i la Dra. Ortega van inaugurar la jornada

La cloenda va anar a càrrec del Dr. Manuel Vila, pneumòleg

ja l'estan fent des de fa anys en la nostra pràctica habitual. La diferència és que han sorgit noves molècules, però amb el mateix mecanisme d'actuació (LAMA i LABA). Va fer referència a dos grans estudis, el TORCH (salmeterol i fluticasona) i el FLAME (que compara indacaterol-glicopirroni versus salmeterol-fluticasona). En l'estudi FLAME, la BD (LAMA+LABA) va mostrar superio-

ritat a LABA+CI pel fet que prevé exacerbacions de l'MPOC. Però, segons el ponent, aquest no és el plantejament que aporta més informació, sinó que seria comparar la BD amb BD+CI per veure si els CI aporten beneficis addicionals. També va dir que els corticoides inhalats (CI) continuen tenint el seu espai en el tractament de l'MPOC, fins i tot la fluticasona, tot i que a una dosi de 250 mcg, i mai les de 500 mcg.

També va remarcar que, malgrat haver-nos centrat en el tractament farmacològic de l'MPOC, cal tenir en compte altres aspectes fonamentals, com deixar de fumar, fer exercici, les immunitzacions i l'educació sanitària per al maneig d'aquesta patologia.

Tot seguit, es va continuar amb els tallers proposats:

- **Taller Respir Fàcil: tractament no farmacològic**, a càrrec de Rosa Segura, infermera de l'ABS Rambla Ferran.
- **Taller de Teràpies respiratòries**, a càrrec de la Dra. Araceli Fuentes, metgessa de Família de l'ABS

Onze de Setembre, i la Dra. Dinora Polanco, pneumòloga de l'HUAV i l'HUSM.

- **Taller d'Espirometries**, a càrrec del Dr. Iñigo Lorente, metge de Família de l'ABS Cappellet.
- **Taller de Deshabitació Tabàquica**, a càrrec del Dr. José Luis Cruz, metge de Família de l'ABS Rambla Ferran.

Després del *coffee time*, es van presentar les comunicacions orals i els pòsters.

Aquest any el Comitè Científic de l'onzena jornada va acceptar 12 treballs dels 20 presentats. Els tres més rellevants es van exposar en format oral, en l'ordre següent:

- 1) *Tractament de la síndrome d'apnea obstructiva del son (SAHOS) i relació amb la millora de nivells de pressió arterial (PA)*, de Viviana Katherine Velez Cedeño, Rocío Alejandra Olivares Alviño, Laia Llorc Sanso, Maria Antonia Navarro Echeverria, Innocencia Bobadilla Machin, Laura Maria Oncins Antúnez.

2) *Inhaladors i adherència: tenim un problema?*, d'Esther Ribes, Leonardo Galván, Josep Ramon Marsal i Marta Ortega

3) *Overview of the impact of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease*, de J. Montserrat-Capdevila, P. Godoy, J. R. Marsal, F. Barbé, J. Pifarré, M. Ortega, M. Alsedà, M. T. Castañ.

Després de les comunicacions, la Dra. Mercè Capdevila, metgessa de Família de l'ABS Eixample i referent de Respiratori, va moderar la conferència de clausura, que va pronunciar el Dr. Manel Vilà, pneumòleg de l'HUAV i de l'HUSM, amb el títol *Actualització en bronquiectàsies*. Segons l'autor, les bronquiectàsies són una malaltia bronquial inflamatòria crònica amb dilatació irreversible de la llum bronquial que es poden produir per múltiples causes. Va fer referència a les bronquiectàsies no derivades de la fibrosi quística, atès que aquesta és una entitat prou significativa per rebre una atenció singular.

El mecanisme fisiopatològic fonamental es basa en un procés inflamatori que causa lesió de la via respiratòria. Com a conseqüència, hi ha una alteració de l'eliminació dels gèrmens, que dona lloc a més infecció i a més destrucció tot tancant el cercle.

Cal sospitar de la malaltia davant un pacient que presenta expectoració crònica, infeccions respiratòries freqüents, hemoptisi, broncopatia crònica sense patró obstructiu, discordança entre clínica i severitat funcional i aïllament de pseudomona aeruginosa.

Va fer un recorregut complet per l'etiologia, la clínica, el maneig i les possibilitats de tractament. El tractament d'aquesta patologia és complex i requereix la col·laboració entre el metge de Família i el pneumòleg. Va destacar que en les fases evolucionades hi ha una infecció bronquial crònica bacteriana, que precisa de cultius d'esput repetitius per identificar el germen (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* i *Pseudomona aeruginosa*).

L'aproximació terapèutica es basa a tractar el dèficit d'aclariment mucociliar amb fisioteràpia i rehabilitació, ús d'agents hiperosmolars i mucolítics.

Tractament de la inflamació bronquial amb macròlids i corticoides inhalats i de la infecció bacteriana amb ciprofloxacina v.o. en les formes inicials i antibiòtics inhalats en les més persistents (tobramicina, colistina i aztreonam). Cal tenir present que no tots els nebulitzadors serveixen per a l'administració d'aquests antibiòtics, sinó que cal que siguin del tipus Jet d'alt flux, malla.

Finalment, es van donar per acabades les jornades i es va instar els assistents a participar en noves propostes per fer més gran la propera edició.

Les voluntats anticipades

En el Conveni del Consell d'Europa sobre els drets de l'home i la biomedicina, signat a Oviedo el 4 d'abril de 1997, podem visualitzar el pas d'una medicina paternalista a una altra de basada en el respecte a la dignitat i els drets individuals de la persona. Aquest conveni reconeix, per primera vegada, la vigència de les instruccions prèvies, o voluntats anticipades, que hom pugui disposar en relació amb l'assistència sanitària que pugui rebre en el futur.

A l'Estat espanyol, és a Catalunya on primerament s'incorpora la norma europea mitjançant la promulgació de la Llei d'Autonomia del Pacient, 21/2000, de 29 de desembre.

Posteriorment, i gràcies a la iniciativa de Jaume Cardona i Vila, metge d'Artesa de Segre i senador per Lleida, la norma catalana passa al Parlament espanyol i, finalment, es publicada com a Llei 41/02, de 14 de novembre, bàsica d'autonomia del pacient. Aquesta llei reconeix, en l'art. 11, per tot el territori de l'Estat, les instruccions prèvies sobre les atencions sanitàries futures, i pel cas que, en aquest hipotètic futur, hom no pugui manifestar la seva voluntat.

El reconeixement de les voluntats anticipades va lligat al reconeixement de l'autonomia de la voluntat de la persona. I és des de la consideració de la persona com un ésser amb capacitat per autogovernar-se i decidir lliurement sobre el desenvolupament de la seva personalitat que tenen sentit les voluntats anticipades en qualsevol àmbit de la vida, inclòs el de l'assistència sanitària.

La Llei d'Autonomia del Pacient, 41/02, de 14 de novembre, no lliga pas les voluntats anticipades, o instruccions prèvies, al moment final de la vida, com equivocadament es diu algunes vegades, sinó al moment, o a la situació en què la persona no tingui capacitat per manifestar la seva voluntat en relació amb els tractaments i les atencions relacionats amb la pròpia salut.

La norma contempla la vigència de les voluntats anticipades en aquelles situacions, transitòries o definitives, en les quals la persona no pot manifestar la seva voluntat i, atesa la impossibilitat de conèixer la decisió personal en rela-

ció amb el tractament sanitari, admet aquella que s'hagi manifestat en un temps anterior en contemplació de la situació.

I aquest, segurament, és el principal problema amb què topen les voluntats anticipades, i que en dificulten l'aplicabilitat, atès que és molt difícil de preveure el futur i que, normalment, en el curs de la vida es presenten situacions mai pensades ni imaginades.

D'altra banda, també cal tenir en compte que les circumstàncies personals, les idees, els sentiments i les actituds davant els fets canvien en el curs dels anys, segons l'orientació que cadascú doni al seu projecte personal. Per evitar aquestes dificultats, alguns ordenaments jurídics, com el francès, disposen la renovació periòdica de les instruccions prèvies sobre les atencions sanitàries futures.

Entre nosaltres, l'art. 11 de la Llei Estatal d'Autonomia del Pacient, nega la validesa i, per tant, l'aplicació d'aquelles instruccions prèvies, o voluntats anticipades, que siguin contràries a l'ordenament jurídic, a la *lex artis*, i les que no es corresponguin amb el supòsit de fet que l'interessat hagi previst en el moment de la seva redacció.

La invalidesa legal de les instruccions prèvies que siguin contràries a l'ordenament jurídic impedeix, en l'actual situació normativa, qualsevol acció encaminada a la causació de la mort de la persona, tant si es tracta d'un acte d'eutanàsia activa com d'auxili al suïcidi. Per això podem dir que no és procedent identificar voluntats anticipades amb disponibilitat de la pròpia vida i/o amb testament vital.

Aquestes són només unes reflexions introductòries sobre les instruccions



prèvies que, d'una banda, volen posar de manifest el voluntarisme del seu reconeixement, i, de l'altra, les dificultats que, des de l'estricta lectura de la norma, comporta la seva aplicació, atès que la *lex artis* (entesa com a pràctica clínica) viu en un procés de canvi constant, i que sempre és molt difícil definir una situació concreta d'un temps futur, sempre incert.

I malgrat totes les dificultats, les voluntats anticipades són un bon instrument per organitzar la millor atenció sanitària, des del respecte de l'autonomia de la persona.

J. Corbella i Duch
Advocat

Voluntats anticipades: un dret dels ciutadans, un repte del sistema sanitari

El Document de Voluntats Anticipades (DVA) és un document amb registre centralitzat al Departament de Salut que va dirigit a l'equip sanitari i que expressa la voluntat de la persona a propòsit de com vol ser atesa i qui la pot representar quan, per qualsevol cir-

cumstància de salut, no pugui expressar la seva voluntat. Aquest document ha de formar part de la seva història clínica i ha de ser accessible a tots els nivells assistencials que s'ocupin de la seva atenció.

És doncs una eina per garantir aspectes que tenen a veure amb l'autonomia del pacient i, al mateix temps, pot descarregar el cuidador de les dificultats de prendre decisions força difícils en moments molt delicats. No és un document d'últimes voluntats enfocat només al final de la vida.

A finals de desembre 2016 s'han registrat al Departament de Salut 75.787 DVA procedents de tot Catalunya (xifra que es correspon a l'1% de la població general), dels quals 6.176 són reposicions o renovacions d'anteriors i 2.860 són de persones residents a la província de Lleida (0,6% de la nostra població).

Dins de l'estratègia d'atenció a la cronicitat del Departament de Salut, es disposa d'una altra eina anomenada Pla de Decisions Anticipades (PDA), que forma part del Pla Individual d'Atenció del Pacient (PIIC). A diferència del DVA, el PDA el duu a terme l'equip d'APS referent del pacient quan es troba en una fase avançada de la malaltia, juntament amb el pacient i/o els seus familiars o cuidadors.

Condicionants de la reflexió individual de la persona

Entorn cultural: per elaborar-lo, són necessàries una profunda reflexió personal i una bona capacitat de comprensió. La nostra societat està totalment enganxada a la vida, amb poca predisposició a la reflexió referent a la pròpia discapacitat o malaltia i, finalment, la mort. Ens costa abordar aquesta qüestió i, en tot cas, ho fem quan la malaltia o discapacitat ja és present, o en edats avançades, i sovint delegant la responsabilitat d'algunes decisions en la família i els professionals: "el que hagi de venir ja vindrà", "ja sabran què fer".

No totes les societats tenen aquest patró; algunes es plantegen més aviat i amb més naturalitat aquestes reflexions i elaboren aquests documents. Per exemple, a Noruega, al voltant d'un 40% de la població ha realitzat un DVA. Res a veure, doncs, amb el nostre entorn.

Informació: un altre condicionant és la informació, que cada cop s'està promouent més, però que hauria d'arribar molt més a la població general i hauria de ser transmesa de manera molt més activa i efectiva per part de tothom, també per part dels professionals sanitaris, però no únicament. Convé comentar que els equips específics dedicats al maneig dels pacients més

complexos sí que fan una important feina de conscienciació del pacient i de la família, tot i que, quan la malaltia està avançada, potser no és el millor moment per realitzar un DVA.

Dificultat d'elaboració: sovint es fa molt necessari el suport sanitari informat, acompanyant l'elaboració del DVA o la persona que tingui el coneixement per posar damunt de la taula els possibles escenaris que cal plantejar. Cal reflexionar sobre l'important paper que hi podrien desenvolupar els professionals d'infermeria. A aquesta dificultat d'implementació s'hi afegeix el fet que necessitar testimonis no familiars requereix un entorn de confiança.

Confiança en la seva utilitat: també és un condicionant la confiança que la persona té en el bon ús del document per part del sistema sanitari, o sigui, que cregui que se'n tindran en compte els continguts a l'hora de prendre decisions, en les quals a hores d'ara encara pot prevaler, en molts casos, el criteri del professional. El que la persona vol sovint no és el que el professional creu que vol.

El repte de donar resposta a aquesta voluntat

El fet que els professionals referents del cas de tots els nivells assistencials tinguin en compte el DVA es podria considerar un dels exponents de l'atenció centrada en la persona. Posar la persona al centre del sistema i, a més a més, apoderar-la perquè participi en les decisions i planifiqui la seva atenció, i actuar en conseqüència, és un gran repte i suposa un canvi de model del sistema sanitari. Per tant, necessita temps.

Venim d'un sistema de salut molt paternalista, reactiu a la malaltia i molt compartimentat i centrat en les necessitats o característiques del servei o unitat assistencial. Ja fa temps que això està canviant i que es posa al centre del sistema sanitari la persona i les seves necessitats, i que es parla així de la seva autonomia i de la seva participació en les decisions que tenen a veure amb la seva salut o en l'abordatge de la seva malaltia o discapacitat. Però encara tenim molt camí per recórrer, començant pel mateix sistema de compra de serveis, que ha d'acabar preuant els resultats en salut i no una determinada activitat, i en aquesta direcció s'està avançant.

D'altra banda, tenim camí fet, com el de la HC3 (Història Clínica Compartida de Catalunya), que permet compartir la informació a tots els nivells assistencials. També el treball transversal en xarxa, les aliances de proveïdors, les rutes assistencials, els pactes inter-

departamentals, la valoració integral i multidisciplinària, els recursos intermedis i de continuïtat assistencial, la gestió de casos...

El DVA és accessible a la HC3. Per tant, el poden consultar els professionals referents del pacient de tots els nivells assistencials, també els de la resta de l'estat espanyol. Però en tenim pocs...

Des de l'any 2011, i en l'actual Pla de Salut de Catalunya, que ens marca les polítiques sanitàries que s'han de seguir en el període 2016-2020, s'està desplegant tota l'estratègia de cronicitat, segons les directrius que s'han anat desenvolupant des del Pla de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC) del Departament de Salut, i que s'operativitzen en diferents programes específics des de les nostres regions sanitàries. Aquest pla ha definit que s'han d'identificar les persones més complexes (5% de la població), ja sigui per la tipologia de les seves patologies (Pacient Crònic Complex, PCC) o perquè aquestes es troben en una fase molt avançada (Malaltia Crònica Avançada, MACA). Un cop identificades, es dissenyen rutes assistencials, que pretenen modelitzar l'atenció segons les necessitats i establir els circuits necessaris a cada territori per garantir una atenció adequada, integral, coordinada i continuada.

Per garantir aquesta atenció, s'ha dissenyat un document accessible per a tots els professionals sanitaris a la HC3, que és el Pla Interdisciplinari Individual Compartit (PIIC), considerat l'eina de comunicació principal per garantir la continuïtat assistencial del pacient complex, i que incorpora en l'apartat *Pla de Decisions Anticipades, PDA*, la voluntat del pacient i la seva família per afrontar els esdeveniments que s'aniran succeint en el context de la seva malaltia avançada, quan ja no pugui prendre decisions de manera tranquil·la.

L'avantatge d'aquesta planificació de decisions anticipada és que es fa amb l'equip assistencial, o sigui, que el pacient i la família tenen el suport informat dels professionals referents del pacient per decidir davant de dubtes. Això també fa que algunes veus considerin que la planificació està més influïda pel criteri del professional que pels valors propis de la persona. En aquests moments, la persona sovint ja no té plena capacitat per decidir i està condicionada per la seva situació de malaltia.

A la Regió Sanitària Lleida s'està treballant en l'estratègia de cronicitat i complexitat des de l'any 2013, i tenim, a finals de 2016, un 2,78% de

la població més complexa identificada pels professionals referents d'APS a la HC3 (es considera que s'hauria d'arribar al 5% de la població). D'aquests pacients identificats, el 2,33% son PCC i el 0,45%, MACA.

Si comptabilitzem quines d'aquestes persones identificades tenen el document PIIC amb anotacions en l'apartat PDA o en un apartat que preveu com actuar en situacions de crisi, constatem que un 1,72% de la població general de la nostra regió sanitària té anotacions al PIIC relatives a la manera com els professionals han d'actuar davant dels esdeveniments futurs que es produiran en el procés natural de la malaltia.

Evidentment, el PDA no és un DVA ni el substitueix, però incorpora a la pràctica assistencial l'hàbit d'analitzar les situacions que es preveu que es podrien anar succeint en el decurs natural de la malaltia, i ho fa de manera compartida i proactiva amb el pacient i/o el seu entorn cuidador, i, sovint, comporta una reorientació de la pauta d'atenció per part de l'equip responsable de la seva atenció. El gran repte és que tot el sistema sanitari actuï a tots els nivells en conseqüència.

Marta Gabernet i Foix
Unitat d'Atenció al Ciutadà
CatSalut - Regió Sanitària Lleida

Despenalització de l'eutanàsia i del suïcidi medicalment assistit

Fa ben pocs anys, parlar en públic o en privat del "dret a morir dignament" provocava en els interlocutors un cert astorament, que es manifestava amb frases de l'estil "i ara, de què em parla vostè! No tinc pas ganes de morir-me".

La societat evoluciona, a poc a poc, però va fent passos. La presa de consciència de la ciutadania sobre un tema transforma la configuració social d'un país i pot modificar-ne la legislació. Per què fem aquestes afirmacions? Doncs perquè ho estem palpant dia a dia en temes diversos. Avui fem referència a una qüestió que té a veure amb valors, amb la cultura judeocristiana que ens envolta i també amb la ignorància.

Primer va ser la superació del tabú de la sexualitat. A mitjans del segle passat era un tema que no es podia abordar, ni a les famílies ni als centres educatius, i amb prou feines als centres de salut i als hospitals. Amb



l'arribada de la democràcia, es van anar implantant més llibertats i l'educació sexual va fer la seua aparició a les aules i a les sobretauls d'algunes famílies *progres*. La sexualitat va adquirir un tractament de normalitat. L'opinió pública, sobretot les feministes, van ser decisòria en el tema de la Llei de l'Avortament. El de l'homosexualitat també s'ha anat superant. En l'actualitat ens trobem davant el darrer reducte de limitació de llibertat humana pel que fa al tema de la mort.

El proppassat dia 2 d'abril va fer aparició als mitjans de comunicació i a les xarxes socials el conegut com *cas Arrabal*: un malalt d'ELA, de 58 anys, coneixedor del seu pronòstic i del final de vida que l'esperava que pren l'opció de suïcidar-se en un moment en què la poca mobilitat de la mà esquerra li permet fer-ho. Traspassa en solitud, clandestinament, ja que vol evitar que la seva família sigui acusada d'ajuda al suïcidi i penalitzada per aquest acte. Fins aquí el fet. Podem continuar amb el que suposa una decisió d'aquest calibre: valentia, decepció envers una societat hipòcrita, que no li permet viure més temps perquè després ja no tindrà la possibilitat d'actuar per si sol. No pot estar acompanyat dels seus éssers estimats en un moment en què José Antonio Arrabal necessita, més que mai, afecte i atenció. Per què va actuar així? Per amor, ja que va voler morir abans d'arribar a una situació indigna per a ell i la seva dona i fills. Es va negar a començar un viatge en el qual ja no li seria possible prémer el pedal del fre.

Per què la legislació espanyola amb l'article 143 del Codi Penal castiga amb penes de presó la col·laboració al suïcidi assistit i també l'eutanàsia? Per què aquells que haurien de representar la sobirania popular al Congrés dels Diputats tanquen els ulls i les orelles a les demandes de la societat i, pitjor encara, s'entesten a posar-los peatges de sofriment a cop de Codi Penal?

Si democràcia és respecte a la llibertat i a la pluralitat, sense dogmes sustentats en creences solament respectables en la mesura que no tractin d'imposar-les al conjunt dels ciutadans, resulta tan indignant com incomprendible que, en els 20 anys transcorreguts des de la mort de Ramon Sampedro, els polítics electes no hagin estat capaços de corregir l'error que en el seu dia va suposar la redacció de l'article 143.4 del Codi Penal, quan un 84% de la població, segons l'enquesta més recent, està d'acord que el metge pugui assistir un malalt que demani ajuda per morir si les circumstàncies així ho justifiquem. Tant de bo que després del correcte debat, la propera vegada que els diputats i les diputades hagin de votar escoltin la veu d'Arrabal i tinguin en compte que la societat ja és prou madura, i també que hi ha una forta demanda social.

I com el cas de José Antonio, moltes altres persones que han esdevingut mediàtiques: Fabiano Antoniani, un tetraplègic italià de 40 anys que el febrer de 2017 va viatjar per anar a morir a Suïssa, l'únic país que admet estrangers per a un suïcidi assistit. No és molt lamentable que una persona

hagi de viatjar a Suïssa, amb una situació de sofrència, però amb lucidesa mental i després d'haver expressat la seva voluntat d'acabar amb la vida, perquè al seu país no sigui permès ajudar-la a traspasar, tal com li va ocórrer al DJ italià? I molts altres casos que no surten a la llum pública.

No té ni cap ni peus que, amb el pretext del jurament hipocràtic —té més de 2.000 anys—, es vulgui justificar que l'únic objectiu de la medicina és curar els malats. Les persones no som eternes, hem d'acabar la vida, i l'acarnissament terapèutic que es practica amb freqüència no té sentit. Hi ha interessos creats que s'imposen a la llibertat de l'individu.

Les morts per eutanàsia suposen un percentatge petit, no excepcional (d'entre l'1 i el 4%) del total de les morts anuals a Bèlgica, Luxemburg i Holanda. Tres països que, des que van regular el dret a la mort assistida, han desenvolupat els sistemes de cures paliatives fins a convertir-les en les millors d'Europa. Aquestes cures i els serveis dels equips PADES, la funció dels quals és molt lloable, no són l'antídote de l'eutanàsia, són drets complementaris. Aquests darrers, tot i que necessiten millorar, ja formen part dels serveis bàsics del Sistema Nacional de Salut. El que cal encara és donar resposta a les persones que, com José Antonio Arrabal, no volen viure la situació insuportable que els espera. Que siguin uns pocs milers cada any no és excusa, de la mateixa manera que no ho va ser per legalitzar el matrimoni igualitari (sols un 2% és entre persones d'un mateix sexe).

Hem de poder escollir quan i com volem morir. No és acceptable que altres ho decideixin per nosaltres. Aquest fet té dues alternatives: presa de consciència per part de la ciutadania dels nostres drets i, tot seguit, la redacció d'un document de voluntats anticipades (DVA). I l'altra és la despenalització de l'eutanàsia, amb una llei en què es desenvolupin totes les circumstàncies en què aquesta sigui aplicable. La regulació d'aquesta llei el que faria és evitar les eutanàsies clandestines i permetre als malalts incurables, o amb molts sofriments, que puguin deixar de viure sense que ningú hagi de ser condemnat per aquesta acció. La responsabilitat individual s'ha d'exercir. No es tracta de posar el cap sota l'ala i viure a l'atzar els esdeveniments transcendentals de la nostra vida. Tenim una llibertat i ens cal usar-la. Salvador Pániker escriu:

"Cada individu ha de ser responsable de les seves decisions, des de tenir un fill fins a fixar quan és el moment

de morir". [...] L'eutanàsia voluntària és, abans de res, un dret humà, de la primera generació de drets humans, un dret de llibertat que s'inscriu en el context d'una societat laica i pluralista, en la qual es respecten les diferents opcions personals i en què ja no es creu que el sofriment innecessari tingui cap sentit."

Vull deixar clar que despenalitzar l'eutanàsia no implica aplicar-la a tothom que estigui en una situació de patiment. Per exemple, si una persona està deprimida, el que li cal és un tractament adequat. Els casos pels quals en sol·licitem la despenalització són clars: si un malalt té una malaltia incurable, o viu un sofriment insuportable, i un cop ha estat degudament informada desitja acabar amb la seva vida perquè no la considera digna, pugui veure's assistit i ajudat a acabar-la, si aquesta és la seva voluntat reiterada i lliure. Quan un conciuatà/ana ha fet una opció de vida i ha expressat el que aquesta dignitat suposa per a ell/a, considerem que la llibertat humana individual ha de ser respectada. La vida és un dret, però mai pot ser un deure. Ningú vol morir per un dolor que pugui ser apaivagat. L'instint de vida ens té aferrats a aquest món, i mentre la situació es pot aguantar, amb medicació o sense, hom no vol pas morir.

Amic lector, t'explico una anècdota: durant 15 anys vam tenir un gos a la torre que era un delícia d'animal, assenyat, afectuós, llest. Ens va acompanyar, vigilar, i estava per nosaltres així que ens sentia arribar. L'animal va envellir i emmalaltir, i el veterinari no el podia curar. Ens feia molta pena veure que el Nuc patís i gemegués de dolor. Vam decidir sacrificar-lo sense dolor. I creiem que vam fer bé. Amb el seu llenguatge ens ho va agrair. Reflexionant sobre aquest fet, constato que els animals, en aquest aspecte, gaudeixen de més drets que els humans. La nostra legislació és més bondadosa per a les bèsties que per a les persones; enlloc està penalitzada l'eutanàsia dels animals. És possible aquest grau d'incoherència?

Ja per acabar, voldria fer menció a l'opinió del doctor Joan Carles Trallero, que es confessa cristià, especialista en cures paliatives i acompanyament espiritual, i que quan se li pregunta que doni un consell per morir bé ens diu:

"Firma un DVA, detalla què no vols que la medicina et faci i què sí, i designa qui et representarà quan tu ja no puguis decidir. I fet això, corre a comentar-ho amb familiars i amics. És la clau: pensa en això ara, reflexiona, anticipa't, parla, comunica't i reconcilia't

amb caps que tens per lligar... I viuràs millor, ja ho veuràs! Ah, i prepara't per al més dur: deixar-te ajudar.”²

Subscriu les seues paraules.

Concepció Canut Farré

Coordinadora de l'Associació Dret a Morir Dignament Catalunya a les Terres de Lleida

NOTES

1. Del llibre *Una mirada a la història de l'Associació DMD (Dret a Morir Dignament)*, Barcelona, 2015. Pròleg de Salvador Pàniker.
2. Víctor-M. Amella. “La Contra”, *La Vanguardia* (30/04/2017).

PADES i document de voluntats anticipades

“La gran majoria de catalans mor per la progressió d'un problema crònic de salut o per la conjunció de més d'un. Aquesta proporció s'incrementarà durant les pròximes dècades, en termes absoluts i relatius i de manera important, a causa de l'envelliment de la població i l'allargament de l'esperança de vida, en gran mesura com a conseqüència dels èxits del sistema sanitari.

Així, la cronicitat evolutiva constitueix el paradigma principal d'atenció a les necessitats de salut. Aquestes necessitats exigiran, cada cop més, una gestió més complexa i més interactiva amb les condicions socials i de l'entorn de les persones que les presenten.”

(Model Català de Planificació de Decisions Anticipades. Versió 7, de 9 de maig de 2015)

La mateixa evolució de la societat, l'apoderament dels pacients i la tecnificació de la medicina ens porten a una reflexió sobre com resoldre els problemes entre “els aspectes tècnics, els relacionats amb les missions, els valors i els objectius de l'atenció sanitària.” Diego Gracia, en el seu llibre *Como arqueros al blanco* (Madrid, Triacastella 2004: 411-412), fa palès que la tasca més important que la medicina té al davant en l'intent de dignificar el maneig adequat dels pacients crítics i terminals no és la gestió més correcta dels fets clínics, sinó l'objectivació i el respecte dels valors dels pacients i, per tant, de les seves decisions. Aquesta evolució social ens ha portat al marc legal regulat per la Llei 21/2000 (consentiment informat, voluntats anticipades, drets dels pacients...)

i la Llei 41-2002. (Article 2. Principis bàsics).

El canvi de paradigma també ha modificat la relació metge/pacient: d'un model paternalista (relació centrada en el metge) s'ha passat a un d'autonòmic (relació centrada en el pacient).

Els professionals tenim el deure de donar la informació adequada, de conèixer la competència del pacient i d'entendre'n el projecte existencial.

Els PADES (Programa d'Atenció Domiciliària-Equips de Suport) són equips interdisciplinaris que donen suport als professionals de l'Atenció Primària de Salut en la gestió dels casos complexos al domicili.

Com a equips sociosanitaris de la comunitat, els PADES treballem amb un model d'atenció interdisciplinari, seguint el model Hospices, amb atenció centrada en el pacient i la família. Els professionals treballem no únicament en la gestió de la malaltia, sinó també en la gestió de cas, amb l'objectiu de proporcionar atenció basada en els nivells de necessitats (Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya. Font: Services for Long Term conditions. University Birmingham, 2009).

La nostra població diana majoritàriament són pacients en situació de fi de vida. Els professionals hem de deliberar amb els pacients crònics complexos, amb malaltia avançada —i, en general, amb qualsevol pacient—, en relació amb la conveniència de determinar el nivell d'esforç terapèutic i el sentit o la direcció d'aquest esforç.

Una de les dificultats que ens trobem cada dia és la manca d'informació dels nostres pacients sobre el seu diagnòstic i el seu pronòstic. Els darrers anys, tot i que hem observat un canvi respecte a la informació del diagnòstic, es manté la indefinició respecte al pronòstic. En el moment d'oferir atenció PADES, el fet d'estar informats i de poder comptar amb el document de VA facilitarien molt la nostra feina diària.

Atenem uns 1.500 pacients/any i en pocs casos trobem documents de VA. En comptades ocasions ens demanen informació per elaborar-lo. El perfil del pacient que té elaborat el document, o que ens demana assessorament per fer-lo, és variat, però té en comú que es tracta d'una persona amb una idea clara sobre com desitja que sigui el final de la seva vida. El fet que el pacient hagi designat un representant és també de molta ajuda a l'hora de prendre decisions.

Alguns estudis en malalts pal·liatius oncològics sobre el lloc de mort reflecteixen que, tot i que estan atesos per equips especialitzats en cures pal·liatives, sovint no els demanen on volen ser atesos els darrers moments ni si tenen VA. També vam fer aquesta pregunta als nostres equips, ja que, en els casos en què ho demanem, seguim trobant pocs pacients que en tinguin. Creiem que, de manera sistemàtica, dins de l'avaluació multidisciplinària, caldria interrogar sobre l'existència d'aquest document

El *Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*, d'octubre del 2015, número 17, es fa la mateixa pregunta: per

què no augmenta el percentatge de VA de manera substancial? L'article “Voluntats anticipades: dificultats per a la posada en pràctica i finestres d'oportunitat. Taula de valors”, publicat en aquest butlletí i escrit per Francesc Borrell i Carrió, Josep Ramos i Montes i Maria Cinta Pascual i Montañés assenyalen que “[e]n l'actualitat, els professionals han de deliberar amb els pacients crònics complexos, amb malaltia avançada —i, en general, amb qualsevol pacient— en relació amb la conveniència de determinar el nivell d'esforç terapèutic i el sentit o la direcció d'aquest esforç. Aquestes converses haurien d'acabar amb la signatura d'un document en què el ciutadà expressa un seguit de desitjos en relació amb la planificació de la seva cura de salut i de la seva atenció assistencial. El document adquirirà tot el seu valor quan el pacient no estigui en condicions de participar en el desenvolupament de les activitats de la vida diària ni en el procés assistencial”.

No podem estar més d'acord amb les circumstàncies que identifica: manca de temps, certa resistència psicològica a establir aquesta conversa, potser per manca de formació en comunicació, en qüestions ètiques, prejudicis...

En el moment en què intervenim com a PADES, pel moment evolutiu de la malaltia i per la situació de fragilitat dels nostres pacients, no es promou tant el document de VA com el Pla de Decisions Anticipades (PDA), eina que sí que es fa imprescindible i que forma part del nostre model d'atenció mentre la persona malalta encara gaudeix de

plena consciència i competència per poder anticipar amb temps com vol que sigui l'atenció al llarg de l'evolució de la seva malaltia i el final de la seva vida. Es tracta d'un procediment en positiu, en què el malalt diu què voldrà i com ho voldrà. Parlem de valors, el que és important per a la seva qualitat de vida, a fi i efecte de poder deliberar de manera conjunta i poder consensuar el PDA.

L'abordatge centrat en els valors dels pacients ens permet, encara que sigui de manera general, explorar el desig del pacient a propòsit de com vol que sigui la seva atenció els darrers dies.

Conèixer les preferències i voluntats, tant del malalt com dels seus familiars o referents, ajuda notablement els professionals en la presa de decisions relatives a l'atenció en fases avançades de la malaltia, i permetria oferir una atenció centrada en la persona, especialment en aquells contextos en què no pot decidir per si mateixa.

Dra Núria Arrarás Torrelles.

Dra. Ramona González

RubióDr. Jesús López Ribes

PADES de l'Hospital Universitari

Santa Maria. GSS. Lleida

Dr. Jaume Canal Sotelo

UFISS de l'Hospital Universitari

Anau de Vilanova. GSS. Lleida

De les voluntats anticipades o “testament vital”

I. DVA: la figura i les seves notes

La situació social actual amb una piràmide poblacional —quasi invertida, és a dir, un nombre de persones en edat de no treballar inversament proporcional a les que ho fan, i, més preocupant encara, també respecte al nombre de natalicis; aminada, evidentment, amb la crisi econòmica en què estem immersos— no només ha obert nombrosos debats, sinó que, alhora, ens ha mogut a qüestionar-nos cap a on ens dirigim, en quines condicions físiques ho farem —mentals, incloses— i a plantejar previsions tant respecte al dia que fem com especialment, que és el cas que aquí tractem, com gestionar el nostre destí el dia que ens pugui faltar la voluntat per fer-ho.

I és aquí, fruit del plantejament d'aquesta qüestió, que intentarem dur a terme una aproximació —el més jurídica possible, sense ànims de ser exhaustius, però— a la següent qüestió: “Si algun dia patim una malal-

tia incurable o bé una discapacitat, com podem assegurar que les cures que rebrem seran les que realment volem?”¹

Ara bé, un cop plantejat aquest escenari, analitzarem la temàtica apuntada tot referint-nos tant al marc legal d'aplicació com a altres consideracions jurídiques, o fins i tot, un cop facilitada una guia pràctica sobre el tema, proposar algunes conclusions o plantejar preguntes que ens moguin a posicionar-nos.

II. DVA: marc legal

i. Constitució Espanyola².

Art. 15CE. “Tothom té dret a la vida i a la integritat física i moral, sense que, en cap cas, puguin ser sotmesos a tortura ni a penes o tractes inhumans o degradants. Queda abolida la pena de mort, llevat el que puguin disposar les lleis penals militars per temps de guerra.”

ii. Declaració Universal Drets Humans³

Art. 3 DUDDHH. “Tot individu té dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat de la seva persona.”

iii. Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea Humans⁴, Estrasburg 12 de desembre 2007

iv. Conveni Europeu sobre Drets Humans i Biomedicina, signat a Oviedo el 4 d'abril de 1997⁵

v. Codi Penal (CP)⁶: com a marc legal genèric, fent especial incís en la matèria relativa a “Els delictes contra la vida”; en el sentit de “consideracions generals relatives a la protecció penal de la vida humana”, per al cas que ens ocupa; així com els delictes d'inducció i auxili al suïcidi, en què mereix especial consideració l'etern debat sobre la disponibilitat de la pròpia vida quant al tractament penal de l'eutanàsia; com així fa el professor Gonzalo Quintero Olivares (UOC) en l'esmentat estudi

vi. Llei (estatal) de l'Autonomia del Pacient i Drets i Obligacions en Matèria d'Informació i Documentació clínica⁸

vii. Llei (catalana) sobre els Drets d'Informació Relatius a la Salut i l'Autonomia del Pacient i la Documentació Clínica⁹

viii. Codi Civil de Catalunya (CCAT¹⁰): art. 212.3 CCAT

Partint de l'escenari presentat —per centrar la qüestió i amb caràcter previ, a fi i efecte de no deixar serrells encetats—, cal tenir present que el mateix Codi Civil de Catalunya conté previsions expresses sobre el tema, concretament a l'art. 212.3 CCAT, que textualment diu:

Art. 212-3 CCAT. Document de volun-



tats anticipades

1. La persona major d'edat amb plena capacitat d'obrar pot expressar en un document de voluntats anticipades les instruccions per a la realització d'actes i tractaments mèdics en el cas que es trobi en una situació en què no ho pugui decidir per ella mateixa. També pot designar la persona que, en substitució seva, ha de rebre la informació sobre la seva salut i decidir sobre la realització d'aquells actes i tractaments.

2. En el document de voluntats anticipades, pot constar-hi previsions referents a la donació dels òrgans o del cos, i a les formes d'enterrament o a la incineració.

3. Els professionals que atenguin l'atorgant d'un document de voluntats anticipades han de respectar les instruccions que hi expressa, dins dels límits que estableix la legislació de l'àmbit sanitari.

4. Pel que fa a la forma de l'atorgament del document de voluntats anticipades, en el procediment de comunicació de les voluntats anticipades al centre sanitari i als seus efectes, hom s'ha d'ajustar al que estableix la legislació especial de l'àmbit sanitari.

5. El document de voluntats anticipades és sempre revocable.

6. Si la persona atorgant d'un document de voluntats anticipades ha fet delació voluntària de la seva tutela, d'acord amb l'art. 222-4, i ambdós actes contenen designacions o instruccions incompatibles, prevalen les del document de data posterior.

7. Projecte de Llei 121/000132, sobre els drets de la persona davant el procés final de vida¹¹. Projecte de llei que, entre altres finalitats, "pretenia garantir una sèrie de drets per a les persones que es troben en la fase final de la seva vida, com el dret a la informació assistencial, el dret a la presa de decisions, el dret al tractament del dolor, a l'acompanyament i a la intimitat".

III. DVA: concepte

A. PREVISIONS LEGALS

El DVA està regulat per l'esmentada Llei 21/2000, de 29 de desembre⁹, sobre els drets d'informació que concerneixen a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica; tot conferint una definició legal al terme i un suport legal a la DVA.

B. FETS DISTINTIUS

Les voluntats anticipades són unes instruccions que una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, adreça al seu metge o responsable perquè les tingui en

compte quan la persona es trobi en una situació en què les circumstàncies que hi concorren no li permetin expressar personalment la seva voluntat.

Són una forma d'expressió de l'autonomia de les persones a l'hora de decidir en relació amb la seva pròpia salut, la qual cosa constitueix un dret avalat èticament i legalment.

L'objectiu del Document de Voluntats Anticipades —DVA, en endavant— és mantenir el respecte a les decisions personals dels pacients i augmentar la seguretat dels professionals a l'hora de respectar-les.

Val a dir que el suport dels diferents professionals —operadors jurídics, advocats inclosos, especialment— intervinents en una acurada elaboració del DVA en milloren la seva pràctica clínica i, alhora, també en reforcen la relació assistencial que comporta.

IV. DVA: aspectes formals i notes jurisprudencials

A. DVA: ASPECTES FORMALS

Pel que fa a la morfologia del document de DVA, així com als requisits formals —punts que s'analitzen a l'epígraf següent, relatiu a la guia pràctica i model—, ens remetem a l'enllaç de l'Administració per a aquest cas, tal com tot seguit analitzarem i que ara avancem quant als requisits formals d'un DVA.

Enllaç Departament de Salut de la Generalitat Catalunya: <http://www.medicina.udl.cat/export/sites/Fm/documents/1.-GUIA-INFORMATIVA-ELABORACIO-DOCUMENT-VOLUNTATS-ANTICIPADES.pdf>

Tanmateix, si bé analitzarem la formalitat del DVA en aquest punt, no podem deixar d'apuntar que qualsevol professional que participi en el redactat d'un DVA té el deure legal i ètic de respectar —ja sigui DVA verbal, amb 3 testimonis, o DVA escrit— els límits legals d'acord a una "bona praxi".

Com el mateix Departament de Salut de la Generalitat ens recorda, el fet de tenir en compte el DVA (quins aspectes tècnics hi deixem indicats a les conclusions) no comporta, però, necessàriament fer-ne un seguiment mimètic i literal, sinó responsable; fet que comporta sempre una lectura crítica i prudent, de manera que ha de portar a una reflexió que permeti que la decisió es basi, en primer lloc, en el respecte, en tot cas, de la voluntat del pacient. Així doncs, els límits que la mateixa llei assenyala són:

- Que la voluntat impliqui una acció contra l'ordenament jurídic.

- Que la voluntat impliqui una acció mèdica contra les bones pràctiques



(*lex artis*) establertes. Una altra cosa és que la voluntat expressada no consenti o limiti l'actuació mèdica, cosa que sí que es pot fer. Cal insistir que seguint el sentit del consentiment informat (del qual el DVA és una extensió), la limitació o negativa al tractament per part del malalt és legítima, encara que l'actuació que se li havia proposat s'inscrigui en una bona pràctica clínica i, per tant, sigui racional, i fins i tot vital. El malalt, malgrat tot, té dret a rebutjar-la, personalment o a través d'un DVA, cas en què el metge no pot fer-ne cap objecció, ni de consciència personal ni de bona pràctica general. En altres paraules, el metge no pot invocar l'objecció com a excusa per imposar una actuació.

- Que la situació que presenta el pacient no sigui descrita al DVA i que això ens faci dubtar raonablement si, en aquest cas concret, el malalt mantindria la lletra del contingut del DVA.

En tot cas, atès que les instruccions prèvies no poden aplicar-se a supòsits de fet no contemplats pel pacient —si bé a voltes no impediria que en situacions amb un resultat similar no puguin aplicar-se les instruccions prèvies atorgades per un pacient, lligat amb la necessitat que la decisió mèdica es basi en principis d'irreversibilitat i proporcionalitat—, cal tenir en compte, a manera de "clàusula de tancament" de tot plegat, que el "principi de proporcionalitat" esdevé el principal instrument utilitzat pel Dret Constitucional per solucionar els conflictes en matèria de dret o relatius a valors superiors.

B. DVA: NOTES

JURISPRUDENCIALS

Sense ànims de ser exhaustius i evitar la fatiga tot recorrent a un reguitzell de resolucions judicials; gosarem, però, a assenyalar-ne un parell prou il·lustratives del que, al parer del Tribunal Constitucional, significa un DVA:

* STC 31/2010 (Llei 93288/2010) FJ 19: conclou que "viure amb dignitat el procés de la mort és només una manifestació del dret a la vida digna [...], sense que necessàriament s'impliqui amb l'anterior el dret a la mort assistida o a l'eutanàsia". També la STC 37/2001, sobre la qual incidirem més endavant.

V. DVA: doctrina i dret comparat

A. DVA: DOCTRINA

S'assenyala, a aquests efectes, l'apartat VIII —Bibliografia, en especial—, així com la mateixa doctrina existent en el dret comparat, a la qual ens referim al punt següent.

De tota manera, ens veiem obligats a tornar a insistir, un cop més, i malgrat que es tracti d'una simple pinzellada, a fer novament esment del debat —ja apuntat— sota l'òptica dels "delictes contra la vida" pel que fa, en concret, als "d'inducció i auxili al suïcid" en el tema que ens ocupa. En aquesta línia, mereix especial consideració el que afecta a la disponibilitat de la pròpia vida quant al tractament penal de l'eutanàsia i l'etern debat sobre la disponibilitat de la pròpia vida, segons el que hem vist; tot bevent de les consideracions jurídiques que fa de la

matèria el professor Quintero Olivares en el seu treball *Els delictes contra la vida*,¹² en el sentit de "consideracions generals en la protecció penal de la vida humana".

Alhora, cal tractar l'estudi relatiu a la figura del "Testament vital"¹³, tant des del caire jurídic com judicial, dut a terme per un "lletrat de l'Administració", com en aquest cas. Així, en concret, es fa ressò de la STC 37/2001, relativa al "Dret del pacient a prestar el seu consentiment informat". En aquests termes, la resolució judicial evidencia que "queda clar, en conseqüència, que les excepcions no són ni indeterminades ni molt menys d'interpretació extensiva, i que els supòsits en els quals es pot exceptuar o excloure la necessitat del previ consentiment són excepcionals".

Així doncs, resulta evident, en els termes transcrits, que el requisit del "consentiment informat previ" no només resulta convenient, sinó també, i en concret, necessari i ineludible, i és en aquest moment cronològic que apareix i cobra importància la figura que aquí examinem: el DVA, o document de voluntats anticipades, que, a més, salvaria el compliment d'aquest requisit legal, doctrinal i jurisprudencial, STC 37/2001 en concret, en connexió amb STC 31/2010.

En tot cas, segons hem avançat, i insistirem en una obligada nova cita a l'obra *Testament vital*¹⁴, no dubtem a coincidir amb el seu autor que "aquest testament vital "segueix sent desconegut per a la ciutadania", i que "va sorgir a fi que qualsevol persona

pogués indicar que se li deixi d'aplicar un tractament en determinats casos de malaltia".

Se'ns recorda que la Llei Catalana 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatiu a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica⁹, va ser la primera llei autonòmica que va definir "testament vital", al seu art. 8.1, com "el document, dirigit al metge responsable, en què una persona, major d'edat, amb capacitat suficient i lliurement, expressa les instruccions que cal tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorren no li permetin expressar personalment la seva voluntat".

De tot l'anterior, no diríem que fos herència —terme poc adequat per la coincidència cronològica dels estudis que s'estan duent a terme en tots dos continents—, sinó que beu inequívocament, però, dels corrents més estesos sobre aquesta figura i de les previsions que s'han anat utilitzant en el dret nord-americà, tal com veurem quan ens referim al dret comparat.

B. DVA: DRET COMPARAT

L'origen de les "instruccions prèvies" i la seva introducció a la nostra cultura legal es troba, sense cap mena de dubte, als Estats Units.

Tanmateix, resulta evident que hem sofert un evident corrent d'assimilació de la cultura nord-americana en tot el que fa referència a la "relació metge-pacient", i alhora també a les "instruccions prèvies".

En aquest sentit, en el dret nord-americà s'han emprat quatre tipus de documents, que són els següents, segons l'ordre d'aparició:

i. Testament vital (*living will*). Com afirma Montalvo, és el document pel qual la persona exposa com vol que es dugui a terme el seu traspàs, tot manifestant les mesures de suport vital que es refusen i quin ha de ser el tractament del dolor.

ii. Poder de representació (*power of attorneys*). Document pel qual, a més de deixar les instruccions per al propi traspàs, la persona designa el representant que ha d'actuar com a garant de la voluntat del subjecte atorgant.

iii. Directives avançades i mixtes (*advances directives*). Document que uneix el "testament vital" i el "poder de representació" i que, a més, és el més utilitzat.

iv. Històries de valors (*value histories*). La darrera incorporació al contingut del testament vital consisteix en la investigació dels valors del pacient a fi de poder aplicar-les a situacions no contemplades al mateix testament

vital, tal com es preveu.

Assenyalar, en aquest sentit, i perquè sigui il·lustratiu, l'estudi titulat *Algunas cuestiones en torno al derecho de la persona en el proceso final de la vida*¹⁵, que ens remet novament a les qüestions formals que ja s'exposen a "Testamento vital"¹⁴ (Martín Correa Izu, secretari judicial del Registre Civil de Pamplona, a Actualidad Civil, n. 1, gener de 2004. Ed. Wolster Kluwer).

VI. DVA: conclusions

Vist tot l'anterior, i alhora recollint el que s'ha anat apuntant en el cos d'aquest estudi, finalitzarem analitzant-lo tot fent incís en alguna de les qüestions més elementals o bàsiques, pel que fa al cas, i d'ordre pràctic, i sense que es tracti en cap cas d'un llistat *numerus clausus*, aquelles que cal tenir presents a l'hora d'afrontar la redacció i protocol·litització d'un DVA i els efectes despleats. Tot remeient-nos novament a les indicacions que consten a l'enllaç esmentat <http://canalsalut.gencat.cat>. Així doncs:

i. Formalització/validació del DVA. A fi i efecte de garantir la identitat i, alhora, la capacitat, el contingut del DVA i que aquest es correspongui amb la voluntat, s'ha d'atorgar:

- Davant notari.

- Amb la intervenció de tres testimonis. En aquest cas, la llei exigeix que siguin majors d'edat, amb capacitat d'obrar i que, com a mínim, dos no tinguin relació de parentiu fins al segon grau ni estiguin vinculats amb l'atorgant per relació patrimonial.

- ii. Efectivitat del DVA. El DVA (escrit i signat per l'atorgant i el notari o els testimonis) no és efectiu fins que es perdin les capacitats de decisió i comunicació.

- iii. Tanmateix, un cop formalitzat, ja sigui l'atorgant o el representant, cal que lliurin el document al centre sanitari al qual l'atorgant haurà de ser atès perquè s'inclogui a la seva història clínica. Alhora, és convenient, per garantir-ne la difusió, fer-ne diverses còpies amb la finalitat de ser lliurades al representant i persones properes.

- iiii. Registre del DVA. El Departament de Salut disposa, a aquests efectes, d'un registre centralitzat de DDVVAA per garantir-ne la màxima difusió, tot recordant, però, que això no li dóna més validesa legal.

- Cal diferenciar, però, entre un DVA validat davant notari —que serà l'encarregat de registrar el document— i un de validat davant de tres testimonis, en què recau en l'atorgant la responsabilitat de registrar-lo.

- Documentació necessària per al

EL DVA s'ha de registrar al centre de salut habitual o a l'oficina de la Generalitat amb registres més propers

registre d'un DVA validat davant tres testimonis en comptes de la notarial:

- Full de sol·licitud emplenat degudament amb lletra majúscula i signat.
- Còpia del full de sol·licitud per al seu retorn amb el segell de registre.
- DVA amb totes les signatures.
- Fotocòpies compulsades dels DNI de l'atorgant i els testimonis.

Compulsa: segell que confirma que la còpia del document reproduceix fidelment l'original. Cal aportar original i còpia per fer-ho.

Loc de registre d'un DVA: al centre de salut habitual o a l'oficina de la Generalitat amb registre més propera perquè la tramitin al Departament de Salut o, altrament, adreçar-la directament al mateix departament (Travessera de les Corts, 131-159).

iv. Caducitat d'un DVA. Caducitat d'un DVA. Un cop realitzat el DVA, no té caducitat i, per tant, és efectiu fins a la mort de la persona atorgant. En qualsevol cas, no se'n pot desaconsellar la revisió i/o renovació periòdica per tal d'introduir, en el seu cas, fets no contemplats en el document anterior.

v. Variació o revocació d'un DVA atorgat. Es recomana que el DVA sigui revisat en cas que s'esdevinguin canvis en l'estat de salut. Per tant, es pot renovar per reafirmar la voluntat expressada anteriorment o bé se'n pot fer una substitució en cas de canvi de parer, o bé adequar-lo als avenços de la tècnica científica. En tot cas, un DVA es pot canviar o revocar sempre que l'atorgant conservi plenes capacitats. Es recomanaria, alhora, destruir el DVA que ja no es considera vàlid i les còpies entregades a les diverses persones i, de manera especial, a l'equip mèdic.

vi. DVA: assessorament legal. Malgrat que no és imprescindible la presència de la figura d'un advocat per realitzar, modificar o substituir alguna o totes les voluntats del DVA, sí que és convenient —malgrat que l'atorgant conservi les plenes capacitats— la intervenció de la figura jurídica del lletrat assessor per reforçar el convenciment de l'atorgant tot conferint-li més garanties— que la seva decisió última que conté el DVA serà respectada.

vii. Regulació legal del DVA. El DVA —tal com s'ha avançat anteriorment— està regulat per la Llei 21/2000, de 29

de desembre, sobre els drets d'informació relatiu a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica.

Fetes les darreres consideracions, no podem concloure sense indicar —tot i no voler conferir cap directriu o instrucció inexcusablesobre aquest tema— quines, segons el nostre parer, serien les línies mestres d'un "contingut recomanable de DVA":

i. L'expressió de principis i criteris personals que ha d'orientar les decisions en l'àmbit sanitari. Encara que sigui poc concreta, pot servir de manera preventiva i genèrica quan no hi ha una previsió de malaltia i, per tant, de possibles intervencions o tractaments mèdics.

ii. Les situacions sanitàries concretes en què es vol que es tinguin en compte les instruccions referents a l'acceptació o rebuig de determinats tractaments mèdics.

iii. Instruccions i límits en les situacions previstes, és a dir, l'especificació dels procediments i els tractaments desitjats o rebutjats en cas de trobar-se en una situació d'incapacitat permanent.

iv. Nomenament de representant: persona que es designa perquè actui com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o equip sanitari quan la persona atorgant no pot expressar la seva pròpia voluntat. Aquesta opció és prou útil i recomanable, fins i tot en el cas que el DVA sigui, només, per nomenar la persona representant.

v. Tanmateix, al DVA també es poden especificar altres consideracions (entorn on es vol ser atès: domicili, hospital...), qüestions alienes al "metge responsable", a qui, en principi, va adreçat el DVA, en trobar-se dirigides a altres professionals no sanitaris o familiars, als quals caldrà demanar o requerir-ne l'acompliment.

VII. DVA: guia, metodologia i model

Adreçar-nos, tanmateix, a aquest model i a aquestes indicacions facilitades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya pel que fa a la seva durada, vigència, contingut, la figura del representant, validació —davant notari, fins i tot—, revocació, registre, difusió, etc.

GUIA:

* <http://www.medicina.udl.cat/export/sites/Fm/documents/1.-GUIA-INFORMATIVA-ELABORACIO-DOCUMENT-VOLUNTATS-ANTICIPADES.pdf>

MODEL DE DOCUMENT DVA: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/voluntats2.pdf>

ALTRES DUBTES:

* <http://canalsalut.gencat.cat>

Xavier Alonso Latorre
Advocat

NOTES

1. Font: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/voluntats-anticipades/voluntats-anticipades/>. Val a dir que el mateix Departament de Salut de la Generalitat (s'assenyala l'enllaç a dalt) enceta una guia molt pràctica a tot el que planteja el dubte transcrit. En aquest sentit, si bé ens estendrem més enllà del que apunta la mateixa Administració, no deixa de ser una eina útil per a aquest tema l'esmentada guia i l'enllaç a què hem fet esment, que no dubtem a aconsellar per resoldre qualsevol dubte, concretament pràctic que pugui sorgir.
2. Constitució Espanyola 1978 (BOE, n. 311 de 29/12/1978).
3. DUDDHH Declaració Universal Drets Humans (inici de vigència: 10/12/1948)
4. Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea Humans, Estrasburg 12 de desembre 2007.
5. CONVENI EUROPEU SOBRE DRETS HUMANS i BIOMEDICINA: Conveni sobre els Drets Humans i la Biomedicina del Consell d'Europa, signat a Oviedo el 4 d'abril de 1997.
6. Codi Penal, Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre del Codi Penal (BOE, n. 281, de 24/11/95, modificat via LO 1/2015).
7. Quintero Olivares, Gonzalo. *Els delictes contra la vida*, UOC.
8. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i els drets i les obligacions en matèria d'informació i documentació (BOE, n. 274, de 15/11/02).
9. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relatiu a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica (Llei 11992/2010).
10. CCAT. Llei 25/2010, de 29 de juliol, Llibre II del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família; el president de la Generalitat de Catalunya; aprovat de conformitat amb el que estableix l'art. 65 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya (Llei 7429/2006).
11. Projecte de Llei 121/000132, sobre els drets de la persona davant el procés final de la vida, de 17 de juny de 2011, que encara no ha vist la llum, si bé es proposa conferir-hi un marc legislatiu de caràcter estatal, uniforme i homogeni que doni resposta a situacions de gran duresa personal i familiar i que tingui com a guia la dignitat de l'ésser humà.
12. Quintero Olivares, Gonzalo. *Els delictes contra la vida*, UOC.
- 13 i 14. Correa Izu Martín. "Testamento vital. Secretari judicial del Registre Civil de Pamplona". *Actualidad Civil*, n. 1, gener 2004. Ed. Wolster Kluwer.

15. *Algunas cuestiones en torno al derecho de la persona en el proceso final de la vida*, Departament de Dret Civil UCM. Estudios jurídicos en homenaje al profesor Manuel García Amigo, Ed. N. 1, Ed. La Ley.

Dret a la llibertat en les relacions sanitàries

Des d'Hipòcrites fins ara la Medicina s'ha complicat molt, i l'estructura social també. Només fa quatre dies que algú va descobrir que no hi havia malalties, sinó persones malaltes, i que les possibilitats d'èxit referides a la curació estaven íntimament relacionades amb aspectes tan poc sanitaris com la seva cultura, la situació socioeconòmica, la capacitat de relació i la companyia dels altres; en definitiva, la seva història de vida.

La societat actual, en el context de la cultura occidental europea, ha assumit el valor de la llibertat com a dret fonamental per al desenvolupament de les persones. Aquest valor es manifesta de diferents formes (eleccions, participació democràtica, llibertat d'ideologia, respecte, etc.) i també en les relacions sanitàries, en què es veuen reflectits aquests nous drets dels pacients.

La primera vegada que a Catalunya parlem legalment de Document de Voluntats Anticipades (DVA) és a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concenents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (art. 8). Però 24 anys abans va ser l'Associació Catalana pel Dret a Morir Dignament la primera que va constituir el primer DVA de tot l'Estat espanyol, encara que en aquells moments era un document il·legal.

Per definició, el DVA és una declaració en la qual la persona expressa per endavant el tractament mèdic que vol rebre en cas que algun dia una malaltia la incapaciti per expressar-se.

El fonament del DVA és el respecte, i promou el principi ètic i legal de l'autonomia del pacient. Cal entendre'l com un procés positiu de responsabilització dels ciutadans a l'hora de prendre decisions relatives a la seva salut, fins i tot quan aquests no puguin expressar-se.

No hi ha un DVA oficial, sinó diferents models que poden servir de guia. Hem de partir de la base que el contingut del DVA és lliure i no està estandarditzat. Per tant, dependrà de la singularitat de la persona que l'escriu. Cada persona té una idea particular d'entendre com desitja viure i morir, basada

en les seves creences o valors personals, culturals, religiosos, i també en les seves preferències. El DVA ajuda a fer aquesta planificació anticipada i possibilita que es puguin prendre decisions sanitàries de forma coherent als desitjos i els valors de la persona, fins i tot quan les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat.

Es valoren tres requisits fonamentals, que han de garantir el principi d'autonomia del pacient que decideix fer un DVA.

La llibertat

La llibertat: qualsevol persona major d'edat i en plenes capacitats pot expressar de manera lliure i de forma anticipada les instruccions que cal tenir en compte quan les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat. Cal entendre aquesta llibertat des de l'absència de coacció, fins i tot quan la decisió del pacient sigui difícil d'assumir per part del professional, i més quan pot comportar greus conseqüències per a la salut del pacient.

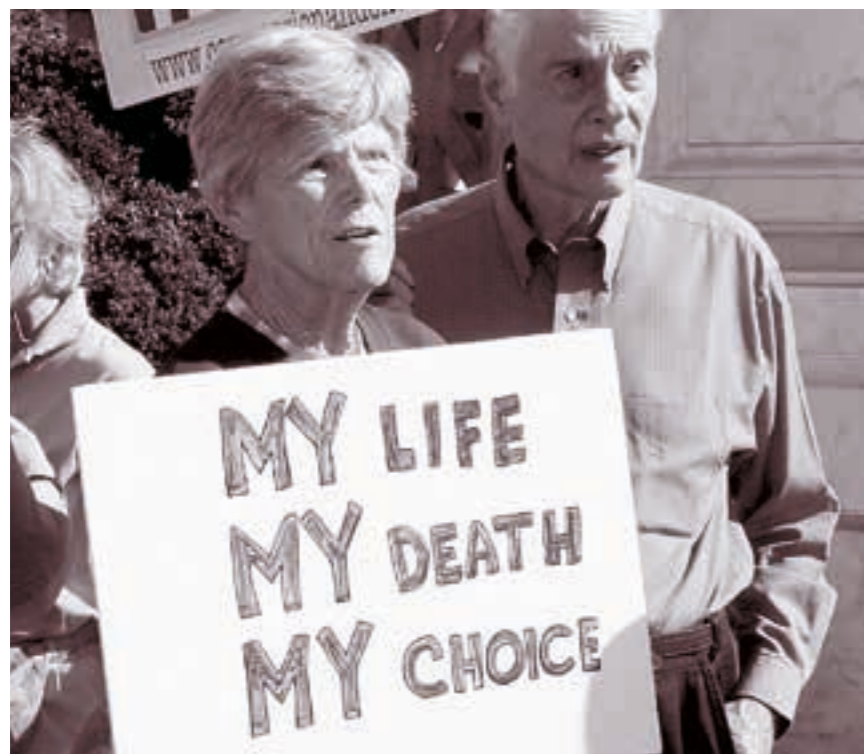
En aquesta nova cultura, fer un bé, encara que es faci tècnicament, ja no és un acte beneficiós com era abans si s'imposa a un malalt competent. En aquest sentit, el DVA pot ajudar el professional que atén un pacient perquè sigui més respectuós amb els seus valors i desitjos.

La informació

L'altre requisit és la informació: els treballadors socials de salut (Atenció Primària i Hospitalària) comptem amb anys d'experiència a l'hora d'informar i donar suport als pacients que decideixen voluntàriament fer un DVA.

Sabem que la voluntat de fer un DVA no neix d'un dia per l'altre i que, darrere aquesta voluntat, algunes vegades pot existir un malestar emocional fruit d'una experiència negativa, ja sigui de tractaments o de mort d'alguna persona propera, incertesa del pacient pel seu futur, una informació que el sobta o l'experiència d'algú que l'ha inquietat de forma especial. Però també trobem persones sanes que, dins de la coherència del seu projecte vital, han decidit prendre decisions pel que fa a la seva salut. Aquest espai de suport a la realització del DVA sovint facilita al treballador social que es puguin fer intervencions psicossocials amb la persona que pateix i possibilita l'abordatge d'aquest malestar emocional inicial.

Hem d'entendre que fer un DVA no és fàcil i comporta, necessàriament, un espai d'informació i reflexió prèvies



i adequades a les habilitats que té la persona. La informació que facilitem per poder fer el DVA ha de ser clara i ha d'ajudar a resoldre tots i cada un dels dubtes que aquesta lectura reflexiva prèvia pugui comportar.

El Departament de Salut de Catalunya té un model de DVA dividit en tres parts. En la primera anirien els criteris fonamentals, és a dir, la jerarquia dels valors i les expectatives personals de la persona que fa el DVA. La segona part serien les situacions sanitàries concretes, en les quals s'han de tenir en compte aquets criteris fonamentals. I en tercer lloc anirien les instruccions i els límits concrets en relació amb l'actuació mèdica davant de decisions previstes en funció de les possibilitats evolutives. Sovint les persones que no estan en els àmbits de la salut poden tenir dificultats per entendre conceptes mèdics com, per exemple, les mesures de suport vital, entre d'altres, i és de gran ajuda que el pacient pugui rebre l'orientació i els coneixements dels professionals sanitaris que té com a referents.

La persona que fa un DVA ha de fer l'esforç de fusionar un escenari de salut concret amb les seves creences i valors, aproximar-se al seu concepte de mort, i això sempre comportarà, necessàriament, un temps que variarà en cada persona. Perquè la persona pugui atorgar la força necessària al seu DVA, cal que no li quedi cap dubte quant al contingut. El DVA ha de ser un document de tranquil·litat, mai d'intranquil·litat.

Un cop la persona ha escrit el seu

document de voluntats anticipades, ja és vàlid i ho serà durant tota la seva vida, però no es farà efectiu fins que el pacient perdi les seves capacitats de decisió i comunicació.

El DVA s'escriu perquè les instruccions escrites ajuden a minimitzar el risc de malentesos i les possibilitats de dubtes. Al llarg del temps, la persona podrà ratificar-lo, modificar-lo o canviar-lo, però per poder-ho fer caldrà que conservi les seves plenes capacitats. Sempre hi haurà un únic DVA per a cada persona.

Per validar un DVA, la persona haurà de garantir la seva identitat, així com la seva capacitat, el coneixement del contingut del DVA fet i que aquest es correspon amb la seva voluntat. Per tal de garantir aquesta validesa, el DVA s'haurà d'atorgar davant un notari o amb la intervenció de tres testimonis.

Capacitats o competència

El tercer criteri que s'ha de complir per fer possible l'autonomia del pacient són les seves capacitats o competència. Aquest és un criteri que no està lliure de polèmica pel que fa a la línia divisòria del que es considera competència acceptable. El que aquí es demana és que la persona tingui la capacitat legal i també la capacitat de comprendre la situació, de prendre decisions d'acord amb els seus interessos i fer-se càrrec de les conseqüències. El concepte competència no és estàtic, i per això pot ser difícil adequar el nivell de competència en cada cas. Aquí els professionals de la salut podem ajudar a una millor comprensió

de la situació i, per tant, a millorar la capacitat de decisió de la persona.

Atès que un DVA no pot cobrir tots els escenaris mèdics possibles, és molt aconsellable que es designi un representant, entès com a aquella persona de plena confiança designada per la persona que fa el DVA, que coneix els seus valors i la voluntat del pacient i té la facultat per interpretar-la i aplicar-la. En cas de dubtes, el representant farà d'interlocutor vàlid amb l'equip sanitari quan el pacient no pugui ja expressar la seva voluntat per si mateix.

Un cop validat el DVA, es pot sol·licitar el seu registre al Registre Unificat de Documents de Voluntats Anticipades del Departament de Salut, ubicat al Pavelló Ave Maria, Travessera de les Corts 131-159, de Barcelona. Registrar-lo permet que el DVA pugui ser inclòs a la història clínica del pacient i, per tant, fa que es pugui visualitzar íntegrament en la part de documents dins de la HCCC.

Des del 2010, el Registre de Documents de Voluntats Anticipades del Departament de Salut de Catalunya està sincronitzat amb el Registro Nacional de Instrucciones Previas i permet que qualsevol persona de Catalunya que tingui fet un DVA i faci un canvi de residència pugui sol·licitar el trasllat del seu DVA a altres comunitats autònomes del país.

A Catalunya, cada dia, 16 catalans registren el seu DVA al Departament de Salut, i a finals del 2016, el Departament de Salut tenia 48.079 Documents de Voluntats Anticipades enregistrats. La majoria estan fets per dones (64%) i un 55% dels DVA es van formalitzar davant notari. També es constata que les persones que registren el seu DVA a Catalunya cada dia són més joves (el 43,3% són menors de 60 anys).

L'escenari social actual encara pot anar més enllà, atès que ja s'estan generant en l'àmbit polític espanyol propostes de llei que tenen per objectiu la despenalització del suïcidi medicament assistit i l'eutanàsia. Països com Holanda, Luxemburg, Bèlgica i Suïssa, entre d'altres, tenen ja legalment despenalitzada l'eutanàsia i el suïcidi mèdic assistit i, per tant, les persones poden sol·licitar i rebre ajuda mèdica per posar fi a la seva vida.

Carme Piqué Anguera

Treballadora social
ABS Balaguer

Activitats comunitàries a Lleida

Des de la Declaració d'Alma-Ata (1978), nombrosos documents, conferències, assemblees i plans de salut, tant nacionals com internacionals, han fet una crida per aconseguir un canvi en els models de salut que s'estaven aplicant en els diferents països (Ottawa, Jakarta, Assemblea Mundial de les Nacions Unides).

Frases com "presa de decisions per la població", "satisfacció de les seves necessitats de salut", "assumpció de responsabilitats", "autocura", etc. s'han repetit amb molta més freqüència en els documents que en la realitat.

Una part del sistema sanitari continua perpetuant el model presentat per Lalonde (1974), segons el qual la majoria dels recursos en salut es dediquen a factors que contribueixen en un ínfim percentatge a la reducció de la mortalitat.

Les intervencions comunitàries produeixen una millora substancial en la salut de la població. La seva incorporació en les tasques habituals de les infermeres i dels metges d'Atenció Primària pot suposar canvis d'estructures i d'equips, maneres de treballar diferents, però en aquest canvi hi ha el repte.

Què són les activitats comunitàries?

Són el conjunt d'actuacions amb participació de la comunitat orientades a millorar la seva salut en coordinació amb dispositius socials, organismes i associacions que formen part de la xarxa social. És necessari que la comunitat participi en la detecció i prioritització de les necessitats i els problemes de salut, tot identificant els recursos disponibles, i en l'elaboració dels programes.

Fer comunitària és interaccionar amb la població, establir un *feedback*: jo t'escolto, tu parles i jo parlo. Cal saber què necessita la població, quines són les seves prioritats i, segons són, treballar en projectes encaminats a satisfer les

Un dels reptes dels professionals sanitaris és treballar junts amb la població i per a la població

L'objectiu comú és millorar la salut de la ciutadania

seves necessitats, que no necessàriament han de ser les que nosaltres pensem que són.

Quins principis integren les activitats comunitàries a Lleida?

- Treball en xarxa. És el primer pas. Necessitem conèixer com és la nostra Àrea Bàsica de Salut (ABS), quins recursos tenim, com és la xarxa social i per qui està constituïda. La clau del treball comunitari és treballar en coordinació amb les xarxes.

- El treball en comunitària implica conèixer quins recursos tenim: destaquem el treball conjunt que realitzem amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT).

- Comissió de comunitària multidisciplinària en cada ABS.

- Formació dels referents. Formació anual dels referents de comunitària que, posteriorment, ha de ser oferta a la resta de l'equip. És fonamental que l'equip de l'ABS conegui per què cal fer comunitària i les peculiaritats d'aquestes intervencions.

- Intercanvi d'experiències i treball conjunt dels referents.

Hem celebrat quatre jornades d'intercanvi d'experiències comunitàries a Lleida. Els dos primers anys es tractava d'una jornada adreçada exclusivament a professionals de les ABS, i s'hi exposaven els projectes més representatius de les ABS.

Els dos últims anys hem celebrat la I i II Jornada Àgora de Comunitària. L'objectiu general ha estat la creació d'un espai de reflexió, debat i intercanvi de coneixements i d'experiències entre professionals i estudiants de diferents àmbits.

En aquesta, persones expertes, estudiants i professionals de diferents àmbits han compartit l'espai per oferir una oportunitat d'augmentar coneixements i contrastar experiències que ens permetran millorar les nostres intervencions comunitàries.

Prioritzar estratègies d'intervenció:

- Treballar projectes comuns a tot el territori (PAFES, NEREU, Salut i Escola).
- Facilitar l'intercanvi d'experiències.
- Creació de cartera de serveis de projectes i intervencions comunitàries.
- Aplicació de la metodologia científica.

- Flexibilització d'agendes.
- Participació en jornades i congressos a escala nacional i autonòmica, dels quals citem els dos últims anys.

2015

- Congrés de Promoció de la Salut. Bilbao
- XV Congrés d'Atenció Primària de la CAMFIC
- XVII Trobada PACAP. Conca
- City Health Barcelona
- V Jornada Pla de Salut de Catalunya. Sitges

- I Jornada de Salut Comunitària de Girona. XI Jornada Xarxa AUPA
- Jornada PAAS (Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació)

2016

- XIII Congrés de l'AIFICC Lleida



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>

- IV Jornada Infermeres Especialistes de Família i Comunitària
- XVIII Trobada PACAP. Saragossa
- Jornada PAAS

Les activitats comunitàries són un patrimoni exclusiu de la Infermeria?

No, la majoria dels EAP treballen en una comissió d'almenys tres persones de professions diferents. Es necessiten professionals de la Medicina amb una visió comunitària, professionals del Treball Social amb un coneixement extraordinari de la xarxa social, personal administratiu que veu el pacient des d'una perspectiva no sanitària i, efectivament, professionals d'Infermeria que vulguin dedicar una part del seu temps a aquesta activitat.

Es cert que els professionals d'Infermeria juguen un paper essencial en el desenvolupament de les activitats comunitàries.

Tots els EAP fan les mateixes activitats?

No. Cada comunitat és diferent, tant la població que la integra com els recursos de què disposa. Els problemes i les necessitats de salut són diferents, per tant, els programes comunitàris han de ser d'acord amb la seva realitat.

L'EAP de Cervera forma part del projecte COMSalut. El marc del projecte COMSalut és el Pla de Salut 2011-2015, que inclou, en les seves línies principals, actuacions dirigides a potenciar la integració dels diferents components del sistema sanitari i també a desenvolupar projectes intersectorials per abordar amb èxit els determinants de salut, la majoria dels quals són aliens a la sanitat. Es tracta d'un projecte en què participen 16 EAP de Catalunya, i l'EAP de Cervera és l'únic de Lleida que en forma part. L'objectiu és legitimar i impulsar la reorientació del sistema sanitari cap a una perspectiva comunitària (clara i compartida) que esdevingui un dels eixos permanents de l'activitat sanitària.

L'ABS de Cervera disposa d'una gran xarxa social (Xarxa Units per la Salut, UPS), element fonamental per desenvolupar projectes d'aquest tipus. Hi ha projectes de tipus social, com el Banc d'Aliments, la Farmàcia Solidària o el Rebot Solidari; *Activa't a casa*, un projecte que pretén retardar el deteriorament cognitiu en persones que viuen soles i realitzat conjuntament amb la Fundació la Caixa, Càritas, Creu Roja i la Universitat; *Salut i amistat* i *Camina i fes salut*, que organitzen caminades periòdiques en col·laboració amb el Centre Excursionista i l'ajuntament, i l'Escola de Salut i altres, com *Forgem vincles*, per prevenir la violència de gènere.

Exemples de projectes comunitàris a Lleida

Entre els exemples citats a continuació, s'inclouen les activitats de promoció



D'esquerra a dreta, i de dalt a baix: Artesa de Segre: caminada per celebrar el Dia Mundial de l'Activitat Física. Almacelles i Montsonís: sortida amb els participants del programa Cuidar al cuidador. Tàrrrega: Olimpíades del programa Nereu. Lleida Rural Sud: La Taula del Sol. Torrebesses, trobada de Comunitària. Almacelles: bossa per als participants en el Dia Mundial de l'Activitat Física. Cervera: Salut i amistat. Cervera: Marxa Nòrdica. Alcarràs: Salut i escola, esmorzars saludables.



de la salut, les activitats preventives i els projectes comunitàris. Es tracta de les activitats dirigides a la població amb l'objectiu de mantenir o augmentar-ne la salut.

Hi ha grans programes comuns en diverses ABS, com, per exemple:

- Programa *Salut i escola*: desenvolupat conjuntament amb el Departament d'Educació i el Departament de Salut, iniciat l'octubre del 2004, que treballa als instituts d'educació secundària, s'adreça als adolescents i treballa quatre eixos: trastorns de la conducta alimentària, drogues, salut afectivo sexual i salut mental. El curs 2015-2016, hi han treballat més de 23 professionals d'Infermeria que pertanyen a 19 EAP.
- Programa Nereu: adreçat a nens amb sobrepès o obesitat, sedentarisme i/o problemes d'autoestima i a les seves

famílies. Els nens són derivats al programa des de les consultes de Pediatria dels centres d'Atenció Primària (CAP). Participen tres dies a la setmana durant nou mesos en activitats dirigides per un llicenciat en Educació Física i les famílies han d'assistir a 13 sessions impartides pels professionals d'Infermeria dels CAP. Durant el curs 2014-2015, han participat un total de 525 famílies, amb la implicació directa de 14 EAP de Lleida.

- Programa PAFES (pla impulsat pel Govern de Catalunya per millorar la salut mitjançant l'activitat física): és un bon exemple de l'adaptació d'un programa base a les característiques de cada una de les ABS. El programa contempla tres nivells d'intervenció: consell, prescripció i exercici físic assessorat. Tots els EAP de Lleida participen, amb

un grau diferent d'implicació, en aquest programa.

- *Cuidar el cuidador*: un exemple de la versatilitat que forma part de les activitats comunitàries. Si bé el tenen implantat en moltes de les ABS, les seves característiques difereixen notablement les unes de les altres. El programa pot variar en el nombre de sessions i els professionals que hi participen. En alguns casos està obert tot l'any i en altres el nombre de sessions és tancat. Els participants poden ser, o no, els mateixos. Hi participen els EAP de La Granadella, Almacelles, Artesa de Segre, Rambla Ferran i Primer de Maig.
- *Pacient expert*: forma part del programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya, que permet promoure canvis d'hàbits i estils de vida. Hi han participat dotze equips d'atenció

primària (EAP) i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. S'ha treballat un grup d'insuficiència cardíaca, quatre grups de malaltia pulmonar obstructiva crònica, tres de tractament anticoagulant, tres de diabetis mellitus i 1 grup de deshabitació tabàquica i obesitat.

- Caminades organitzades o en col·laboració amb els EAP: en alguns casos són puntuals, com a les ABS El Pla d'Urgell, Seròs o La Granadella, i en altres són caminades periòdiques (Almacelles, Artesa de Segre, Pla de la Font o Cervera).
- Celebració dels Dies Mundials (DM): cada EAP pot escollir els dies i la manera de donar a conèixer aspectes relacionats amb el tema central. L'EAP de Tàrrrega celebra més de 14 DM a l'any.
- Participació en taules municipals amb altres associacions: és el cas de la Taula de Gent Gran (EAP Eixample), Taula de la Infància (EAP Primer de Maig), Taula de Joves (EAP Pla d'Urgell) o de Salut Mental (EAP Tàrrrega).
- Participació en el Consell Comarcal: Mesa de Salut Jove, Catàleg Promoció Salut de la Noguera

- El treball amb associacions de dones ha donat fruits com ara *El llibre de receptes* d'Artesa de Segre i el de receptes que s'està preparant a Sucs en col·laboració amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Alguns EAP participen amb els mitjans de comunicació local, tant amb articles a les revistes locals (Almacelles, Artesa de Segre), amb una periodicitat establerta, com a la ràdio local (Alfarràs-Almenar, Tàrrrega, Agramunt...).
- Altres exemples en què participen els EAP són les Jornades de Portes Obertes, Taller de Cuina Freda i *Enganxa't a la Fira* (Artesa de Segre), Concurs d'Entrepans (Agramunt), Taller de Còctels sense Alcohol (Tàrrrega), *L'edat del no* (Pla d'Urgell) i *La taula del sol* (Lleida Rural Sud).

primària (EAP) i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. S'ha treballat un grup d'insuficiència cardíaca, quatre grups de malaltia pulmonar obstructiva crònica, tres de tractament anticoagulant, tres de diabetis mellitus i 1 grup de deshabitació tabàquica i obesitat.

- Caminades organitzades o en col·laboració amb els EAP: en alguns casos són puntuals, com a les ABS El Pla d'Urgell, Seròs o La Granadella, i en altres són caminades periòdiques (Almacelles, Artesa de Segre, Pla de la Font o Cervera).
- Celebració dels Dies Mundials (DM): cada EAP pot escollir els dies i la manera de donar a conèixer aspectes relacionats amb el tema central. L'EAP de Tàrrrega celebra més de 14 DM a l'any.
- Participació en taules municipals amb altres associacions: és el cas de la Taula de Gent Gran (EAP Eixample), Taula de la Infància (EAP Primer de Maig), Taula de Joves (EAP Pla d'Urgell) o de Salut Mental (EAP Tàrrrega).
- Participació en el Consell Comarcal: Mesa de Salut Jove, Catàleg Promoció Salut de la Noguera

- El treball amb associacions de dones ha donat fruits com ara *El llibre de receptes* d'Artesa de Segre i el de receptes que s'està preparant a Sucs en col·laboració amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Alguns EAP participen amb els mitjans de comunicació local, tant amb articles a les revistes locals (Almacelles, Artesa de Segre), amb una periodicitat establerta, com a la ràdio local (Alfarràs-Almenar, Tàrrrega, Agramunt...).
- Altres exemples en què participen els EAP són les Jornades de Portes Obertes, Taller de Cuina Freda i *Enganxa't a la Fira* (Artesa de Segre), Concurs d'Entrepans (Agramunt), Taller de Còctels sense Alcohol (Tàrrrega), *L'edat del no* (Pla d'Urgell) i *La taula del sol* (Lleida Rural Sud).

- Caminades organitzades o en col·laboració amb els EAP: en alguns casos són puntuals, com a les ABS El Pla d'Urgell, Seròs o La Granadella, i en altres són caminades periòdiques (Almacelles, Artesa de Segre, Pla de la Font o Cervera).
- Celebració dels Dies Mundials (DM): cada EAP pot escollir els dies i la manera de donar a conèixer aspectes relacionats amb el tema central. L'EAP de Tàrrrega celebra més de 14 DM a l'any.
- Participació en taules municipals amb altres associacions: és el cas de la Taula de Gent Gran (EAP Eixample), Taula de la Infància (EAP Primer de Maig), Taula de Joves (EAP Pla d'Urgell) o de Salut Mental (EAP Tàrrrega).
- Participació en el Consell Comarcal: Mesa de Salut Jove, Catàleg Promoció Salut de la Noguera

La línia de projectes que s'està preparant

Es continuarà treballant en els projectes que funcionen. S'ha d'aprendre dels projectes que realment tenen un impacte en la salut de la població. Estudiar les claus del seu èxit, adaptar-los —i aquest aspecte és fonamental perquè funcionin— a la nostra realitat i posar-los en marxa. D'aquesta manera aprendrem i creixerem.

Hi ha dues línies que es comencen a desenvolupar actualment:

1. Els actius en salut

El model d'actius dona suport a la salut i al benestar dels individus mitjançant l'autoestima, les estratègies d'afrontament, les habilitats de resiliència, les relacions, les amistats, els coneixements i els recursos personals. Les comunitats s'apoderen per controlar el seu futur i crear recursos generadors de salut.

Per millorar la salut de la població és fonamental identificar i reforçar els seus actius. Un actiu és un recurs que dona salut i benestar a les persones o als grups d'una comunitat. Persones, entorns, equipaments i activitats comunitàries poden ser actius. El mapaatge d'actius és un element fonamental en processos de salut comunitària.

2. La prescripció social

És un mecanisme pel qual els professionals d'Atenció Primària adrecen els pacients amb risc de trastorn mental perquè utilitzin recursos del seu entorn. Els programes de prescripció social es basen en l'evidència que la participació regular en activitats comunitàries ajuda els pacients a desenvolupar recursos socials i psicològics, promou un reforç positiu i ajuda a mantenir un estil de vida actiu, saludable i resiliència contra trastorns com la depressió.

On es treballaran aquest tipus d'activitats?

Els determinants de salut són en el 90% dels casos fora de les consultes. És el que s'anomena "les causes de les causes"; es tracta de l'atur, la pobresa, la manca d'educació. Les desigualtats socials són els factors més importants que fan emmalaltir la població.

Aquestes causes es troben al carrer. Per aquest motiu, és evident que hem de sortir de les consultes per poder treballar on realment fa falta.

No és necessari que tots els professionals surtin de la consulta. Un professional de Medicina de Família que tingui el "xip comunitari" pot fer una gran feina des de la consulta. Problemes de salut com l'insomni, l'ansietat o les cefalees tenen, en ocasions, una causa més social que mèdica. El metge de família que aconsegueix saber el perquè, les causes de les causes, té moltes més possibilitats de solucionar el problema del seu pacient.

Quina és l'assignatura pendent?

Podem obtenir uns millors resultats en salut invertint tant dins de les consultes d'Atenció Primària com fora, quan els programes de formació de professionals tinguin en compte, a més a més de continguts sanitaris, les habilitats per treballar amb la població sense complexos.

Es necessita inversió en professionals, en temps i en formació.

El fet de ser professionals sanitaris no ens autoritza a pensar per la població. Aquest seria un dels reptes: treballar junts (en xarxa) amb la població i per la població amb un objectiu comú: millorar la seva salut.

Estrella M^a Lalueza Lafuente
Infermera
Coordinadora d'Activitats Comunitàries
Atenció Primària ICS Lleida

Tratamiento combinado en un trastorno de estrés postraumático

Según el DSM-5 (Association, A.P.; DSM-5, A.P.A. T. F, 2013), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a la exposición, ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación (experiencia directa, observación o conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo de manera violenta o accidental, o exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (criterio A). Los síntomas incluyen la intrusión asociada al evento traumático (por ejemplo, mediante sueños, recuerdos intrusos...) (criterio B), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma (por ejemplo, esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s...) (criterio C), alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo, estado emocional negativo persistente, disminución importante de la participación en actividades significativas, etc. (criterio D) y una alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso (por ejemplo, comportamiento irritable, respuesta de sobresalto exagerada, alteración del sueño, comportamiento autodestructivo...) (criterio E).

El diagnóstico de TEPT requiere que se cumplan los criterios A, B, C, D y E, que los síntomas duren más de un mes, que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento, sin que estos síntomas puedan atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático son conocidos desde la antigüedad por las secuelas psíquicas en los supervivientes de guerras, pero la descripción de un síndrome específico no empieza hasta el siglo XIX de la mano de médicos militares que se encontraban en la guerra. En el siglo XX, Abraham Kardiner (1941) definió por primera vez de forma sistemática el TEPT denominándolo como "neurosis de guerra", y es en el año 1980 cuando el TEPT es reconocido por primera vez como entidad clínica independiente, en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III, 1980).

Con la aparición del DSM-IV-TR (2000)

se amplía el espectro de causas como posibles etiologías del TEPT, pudiendo aparecer en personas que han sido víctimas de catástrofes (terremotos, inundaciones...), de accidentes y de agresiones causadas por otras personas (violaciones, secuestros, maltratos...) (Vallejo, 2012), enfatizando en la reacción subjetiva de la persona "respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror" (DSM-IV-TR, 2000).

En la nueva conceptualización del DSM-5, a diferencia del antiguo DSM-IV-TR, se presta más atención al suceso "experiencia de un estrés traumático o circunstancia ambiental susceptible de originar un trauma psíquico en el sujeto". Además, el TEPT deja de incluirse dentro de los trastornos de ansiedad y pasa a formar parte de un nuevo apartado denominado "Trastornos relacionados con traumas y eventos estresantes", que aumenta la comprensión de las consecuencias a largo plazo que el estrés y/o el trauma pueden causar en los mecanismos biológicos (Tye, Van Voorhees, Hu, & Lineberry, 2015).

La tasa de prevalencia de TEPT oscila entre el 2,5% y el 17,6% entre países (Atwoli, Stein, Koenen y McLaughlin, 2015), sin implicar necesariamente el desarrollo de un TEPT posteriormente a una vivencia traumática.

El National Institute for Clinical Excellence (NICE) y el informe de la división 12 de la APA (American Psychological Association) señalan la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de primera elección para el TEPT, evidenciando un mayor soporte empírico.

Actualmente, la Agency for Health Care Policy and Research afirma un nivel de evidencia A tanto para la terapia de exposición como para la terapia cognitiva, la de procesamiento cognitivo, el entrenamiento en inoculación de estrés y la terapia de desensibilización por movimientos oculares rápidos.

• **Terapia de exposición:** consiste en exponerse en alguna modalidad (vivo o imaginación) a los estímulos asociados con el TEPT con el fin de acceder y activar, en un primer lugar, la estructura cognitiva del miedo presente en los recuerdos traumáticos y, en segundo lugar, ofrecer una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas.

• **Terapia cognitiva:** hace énfasis en el significado que el trauma tiene para el paciente con el fin de corregir las creencias formadas en torno al trauma y

minimizar la generalización estimular. Esta terapia se muestra útil cuando en ocasiones es necesario realizar una intervención cognitiva al margen de la exposición.

• **Terapia de procesamiento cognitivo:** trata de cambiar las creencias distorsionadas y los sentimientos subyacentes al acontecimiento traumático mediante la modificación de creencias y la exposición al evento traumático a través de su escritura y posterior lectura.

• **Entrenamiento de inoculación al estrés:** forma parte de las técnicas y programas para el manejo de la ansiedad con el fin de enseñar al paciente habilidades conductuales (relajación, exposición) y cognitivas (autoinstrucciones, distracción, control de la ira) para hacer frente a la ansiedad que le provoca el suceso traumático.

• **Reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares. Consta de dos componentes:** exposición en imaginación y movimientos sacádicos (rápidos y rítmicos) de los ojos. Tiene 8 fases, siendo en la cuarta, la de desensibilización y reprocesamiento, donde se activan y se estimulan las redes de memoria, y las emociones negativas son substituidas por otras positivas con el fin de que todo el recuerdo sea asimilado de forma adaptativa dentro de las redes de memoria (F. Shapiro y R. Solomon, 2009).

Si bien el tratamiento de elección para el TEPT es, principalmente, psicológico, existen situaciones en las que los psicofármacos constituyen una ayuda complementaria y, en ocasiones, imprescindible para que la persona pueda mantener una rutina y estructura diaria adecuada.

La instauración de un tratamiento psico-

farmacológico es conveniente en los casos en los que se objetiva una afectación grave en el funcionamiento diario y destaca la presencia de sintomatología específica en relación al trauma, como, por ejemplo, la depresiva o clínica psicopatológica intensa, como la impulsividad, la labilidad afectiva, la irritabilidad o el insomnio. Cuanto más tiempo se mantenga esta sintomatología tras el acontecimiento traumático e interfiera en la vida cotidiana, mayor es la indicación de tratamiento psicotrópico.

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han sido los fármacos más utilizados en el TEPT, sobre todo en los casos donde predomina la hiperactivación y la reexperimentación intrusiva, administrándose en las mismas dosis que las utilizadas para el trastorno depresivo mayor. Algunos estudios sugieren la utilidad de fármacos antipsicóticos (olanzapina, risperidona) como estrategia para potenciar el efecto de los antidepresivos.

Las benzodiacepinas, con limitada evidencia de eficacia en la actualidad, deben usarse con precaución, porque es frecuente, en el TEPT, la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias.

Discusión

Existe una dificultad para poder realizar un diagnóstico precoz del TEPT y, como consecuencia, aplicar un tratamiento adecuado. Uno de los factores que podrían explicar esta dificultad sería la evitación persistente que el paciente realiza a los estímulos relacionados con la experiencia traumática y la tendencia a ocultarlo al ser explorado, hasta que logra establecer una



relación de suficiente confianza y seguridad con el terapeuta. Otra dificultad es la inespecificidad y el solapamiento de los síntomas del TEPT con otros trastornos mentales (Mingote, 2009). El TEPT se manifiesta con síntomas comunes a otros trastornos mentales, por eso es importante la realización de un buen diagnóstico diferencial. Los trastornos mentales que deberían considerarse a la hora de plantear el diagnóstico diferencial son el trastorno depresivo mayor, el trastorno adaptativo, el trastorno de estrés agudo y el trastorno obsesivo-compulsivo.

Es fundamental que todo profesional clínico esté alerta ante los síntomas más comunes del TEPT y especializarse en los tratamientos de evidencia empírica más eficaces, para la realización de un buen diagnóstico que posibilite un tratamiento, tanto psicológico como psicofarmacológico, adecuado.

Conclusiones

En la práctica habitual, el diagnóstico de un TEPT puede resultar dificultoso por los distintos motivos que se han analizado en esta revisión y por la resistencia activa de algunas personas, que presentan esta sintomatología, a recordar pensamientos e imágenes asociados al trauma.

Es importante la realización de un diagnóstico precoz del TEPT, ya que permitirá instaurar tratamiento multidisciplinar y evitará así la pérdida de funcionalidad asociada al trastorno y la posible cronificación del mismo si no se aborda adecuadamente.

Andrea Kiskeri-Aiguabella, Isabel Molinero-Ponce y Margarita Puigdevall-Ruestes
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa Maria de Lleida

María Irigoyen-Otiñano
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa Maria de Lleida
Fonaments biològics dels trastorns mentals de l'Institut de Recerca Biomèdica. Lleida

BIBLIOGRAFÍA

Association, AP, DSM-5, A.P.A. TF (2013) on. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub Association, A.P., DSM-IV-TR, A.P.A. TF. (2000) on. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Pub Association, A.P., DSM-III-R, A.P.A. T. F. (1987) on. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Pub Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-11. doi:10.1097/YCO.000000000000167 Belloch A, Sandin B, Ramos F (1994). Manual de psicopatología (Vol. II). Madrid: Interamericana de España. Caballo VE, Salazar IC, Carroles JA. (2014).

Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. (Segunda edición). Madrid: Editorial pirámide.

Echeburúa E, Corral P (1995). Trastorno de estrés postraumático. En: A. Belloch B. Sandin F. Ramos (ed.). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.

Echeburúa E, Corral P, Amor PJ (1997). Evaluación del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y maltrato doméstico. En: MI Hombrados (ed.). Estrés y salud. Valencia: Promolibro.

Foa EB, Riggs DS (1994). Posttraumatic stress disorder and rape: A clinical review. Lutherville, Maryland: Sidran Press.

Hagenaars M, Van Minnen A, De Rooij M (2010). Cognitions in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 421-434.

Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, Bisson JI (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 206(2), 93-100.

Kardiner A (1941). En: Van der Kolk, BA, Fislis, RE. Bases biológicas del estrés postraumático. Clínicas de atención primaria. Violencia familiar y relaciones abusivas. Vol II. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España.

Labrador FJ, Fernández R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-68.

Medina JL (2015). Trauma psíquico. Madrid: Ediciones paraninfo.

Mingote JC, Moreno B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrero M, Ruiz López P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente. *Actas Españolas Psiquiatría*, 37, 94-100.

Mingote JC (2011). Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121-124.

Montalvo T, Villavicencio P. (2011). Tratamiento cognitivo conductual por estrés postraumático en un caso de una adolescente víctima de agresión sexual. *Clínica Contemporánea*, 2(1), 39-56.

RTM-IV (2012). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. (cuarta edición). Majadahonda: Editorial Cyesan, 171-172.

Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 612. doi:10.1007/s11920-015-0612-y.

Shapiro F, Solomon R (2009). EMDR y el modelo de procesamiento adaptativo de la información: mecanismos potenciales de cambio. *Revista de Psicoterapia*, 20(80).

Stephen M. Stahl (2013). Psicofarmacología esencial de Stahl (cuarta edición). Editorial Aula Médica, 417-418.

Tye S, Van Voorhees E, Hu C, Lineberry T (2015). Preclinical perspectives on post-traumatic stress disorder criteria in DSM-5. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(1), 51-8. doi:10.1097/HRP.0000000000000035.

Vallejo MA (2012). Manual de terapia de conducta (I) (2ª ed.). Madrid: Editorial Dykinson.

Si es médico, ¡participe!

PREMIOS A LA INVESTIGACIÓN

MUTUAL MÉDICA 2017

Entre en nuestra web y acceda a las bases de los Premios



Fecha limite de entrega: 29 de septiembre de 2017

www.mutualmedica.com



infomutual@mutualmedica.com · 901 215 216

Fundación

MutualMédica

la mutualidad de los médicos