



# Missió sanitària al Senegal





Màxima protecció  
davant de qualsevol imprevist

**Aquesta assegurança cobreix tots els accidents als que es pot estar exposat (a la feina, a casa, de vacances, practicant esports com a aficionats i inclús alguns esports de risc practicats com a aficionats de manera esporàdica i sense estar federat).**

- **Màximes cobertures** per a vostè i la seva família **en el cas de patir un accident.**
- **El doble de la indemnització que correspongui als fills menors d'edat** o majors d'edat discapacitats, de manera total i absoluta, sempre que figurin entre els beneficiaris, quan en un mateix accident perdi la vida l'assegurat i el seu cònjuge.
- **Capital addicional en cas de mort o invalidesa per agressió.**
- **Cobertura en cas de defunció per infart** en l'àmbit laboral.
- **Indemnització mensual en cas d'hospitalització** de més de 8 dies per un accident cobert.
- **Cirurgia plàstica reparadora** necessària a conseqüència d'un accident cobert.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 90, setembre del 2011

**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](mailto:butlletimedic@comll.es)

**Consell de Redacció:**

Tomàs Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Josep Maria Greoles Solé  
Xavier Matías-Guiu Guia  
Jordi Melé Olivé

Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Antonio Rodríguez Rosich  
Josep Maria Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Correcció:** Torsitrad

**Publicitat:** COMLL

**Fotomecànica:** Gràfics Claret, SL

**Impressió:** ImpresPla, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

BUTLLETÍ MÈDIC fa constar que el contingut dels articles  
publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

Els fotolits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

## Comunicat del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) sobre les retallades sanitàries

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), ateses la importància i l'abast de les retallades sanitàries acordades pel Departament de Salut, vol comunicar als professionals mèdics i a la resta de la població lleidatana:

El seu suport al model de sanitat pública universal, de qualitat i equitatiu. Aquest model és un dels pilars fonamentals de l'estat del benestar i garanteix la igualtat d'oportunitats i la cohesió social.

El seu coneixement de la difícil i greu situació econòmica, que requereix l'adopció de mesures extraordinàries per part de tothom, fins i tot, encara que ens pesi, per part de la sanitat. En aquest sentit, el COMLL reitera la seva oferta de participar, en qualitat de representant dels metges i les metgesses de Lleida, en la negociació i la planificació de mesures (estructurals, d'eficiència i de gestió) per adequar el sistema sanitari al moment de crisi econòmica global i fer-ho de manera justa i evitar que la càrrega afecti únicament la part més feble de la societat i els professionals.

La seva gran preocupació per les conseqüències negatives que puguin tenir les retallades sanitàries en la qualitat assistencial, la correcta relació metge-pacient i el futur de la professió mèdica, sobretot entre els professionals més joves i en formació.

La seva convicció que els principis de l'exercici sanitari, l'equitat, l'homogeneïtat de les prestacions en tot el territori català, el diàleg i el consens han de prevaldre i caracteritzar l'adopció de qualsevol mesura que afecti el món sanitari.

La seva protesta perquè les mesures adoptades i anunciades afecten les condicions de treball dels metges, la qual cosa implicarà ineludiblement una disminució de la qualitat assistencial. A més, aquestes mesures corren el risc de provocar l'emigració dels joves titulats a països on s'ofereix una millor carrera professional, millors possibilitats formatives i salaris d'acord amb la responsabilitat de la seva feina. En aquest supòsit, el dèficit de personal qualificat provocaria una situació irreversible en el nostre sistema sanitari a curt i mitjà termini.

En conseqüència, el COMLL demana la reconsideració de les mesures adoptades i anunciades i l'obertura d'un procés participatiu amb els actors implicats per decidir conjuntament el tipus i l'abast de les actuacions que s'han de prendre. Així mateix, demana que s'abordi el pressupost del 2012, pel qual s'han anunciat noves retallades, des del diàleg i l'equitat.

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida reitera la seva voluntat de contribuir a la complicitat i participació necessària per mantenir la qualitat del sistema sanitari, que també inclou de manera irrefutable la docència, la recerca i les condicions de treball dels metges i les metgesses.

**Junta de Govern del COMLL**





# Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries del 13 i 27 de setembre, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- L'assemblea del Consejo General de Colegios Médicos va aprovar el 9 de juliol passat el Codi de Deontologia Mèdica-Guia d'Ètica Mèdica.

- S'han prorrogat un any més (fins al 30 de juny de 2012) les cobertures de l'asseguradora de responsabilitat civil professional arran de l'acord entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i l'asseguradora Zurich.

- Amb la publicació al BOE amb data 2 d'agost de la Llei sobre actualització, adequació i modernització del sistema de la Seguretat Social, es restitueix l'anterior situació de compatibilitat entre la percepció de pensió de jubilació pública i l'exercici professional.

- S'han concedit quatre ajuts col·legials per a activitats formatives (XXVIII Jornades de Pediatres de Ponent, VII Congrés d'Atenció Primària i Salut Mental, XXVI Jornades de Bioètica i III Simposi de Centres de Rehabilitació Psicosocial) per un import global de

1.300,00 euros i amb càrrec al pressupost col·legial.

- S'ha reservat el número 99091 del sorteig de la loteria de Nadal per distribuir-lo entre els col·legiats/des que ho sol·licitin.

- S'ha acordat instaurar drets per al lliurament de certificacions de reconeixement de signatura de metges/esses, llevat que es tracti de certificats mèdics oficials, per un import de 5 euros per certificació més l'IVA corresponent.

- S'han convocat eleccions a tots els càrrecs de la Junta de Govern per finalització del mandat. S'ha tancat el cens amb data 27 de setembre i s'ha nomenat la corresponent Junta Electoral. D'acord amb el calendari electoral, les votacions seran el dia 4 de novembre de 2011.

- El 22 de setembre passat va tenir lloc a la sala d'actes col·legial una sessió informativa per tractar els ajustaments pressupostaris en la sanitat lleidatana a càrrec de Josep Prat i Domènech, president del Consell d'Administració de l'ICS, i del Dr. Joaquim Casanovas Lax, director gerent de l'ICS. Es va comptar amb la presència-

## Moviment col·legial dels mesos de juliol i agost de 2011

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat tres altes durant els mesos de juliol i agost de 2011: Berta Vega Hernández (4555), Felipe Infiesta García (4556), María José Diáñez Villabona (3200), María Bernarda Rodríguez Calaveras (4557), Elena Alcover Bloch (4558) i Ana Vilar Gimeno (4559).

El Col·legi no ha registrat cap baixa en aquests dos mesos.

El total de col·legiats el 30 de juny de 2011 és de 1.707.

### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics el Dr. Daniel Gros Rodés (933) i el Dr. Antonio Michans Quinquillá (1580)

de 150 col·legiats/des.

- S'ha convocat la quarta edició del concurs de felicitacions de Nadal del COMLL. Les bases es faran públiques mitjançant una circular col·legial i es penjaran a la pàgina web col·legial.

## XXVI Jornades de Bioètica: 'Nous reptes per a la Medicina del segle XXI'

Les XXVI Jornades de Bioètica tindran lloc a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) els dies 25 i 27 del proper mes d'octubre. La UdL i l'Institut Borja de Bioètica organitzen aquestes jornades amb la col·laboració del Col·legi de Metges, el CEA de l'Hospital Arnau Vilanova-RS Lleida, la Comissió de Formació Continuada de Gestió de Serveis Sanitaris, Sant Joan de Déu Lleida i l'Espai de Reflexió de la Federació ALLEM, l'agrupació lleidatana d'entitats d'atenció a persones amb discapacitat.

Les jornades tractaran diferents aspectes de l'exercici de la professió en l'actual procés de canvi que viu el món de la medicina. L'ús del mètode científic, l'augment de la recerca biomèdica, l'ús de les tecnologies de la informació i la limitació dels recursos, entre d'altres, fan que calgui donar noves respostes a les velles preguntes de la medicina.

El Dr. Albert Oriol Bosch, catedràtic de Fisiologia i president de la Fundació Educació Mèdica, pronunciarà la conferència inaugural *Les professi-*

### Tindran lloc a Lleida els dies 25 i 27 d'octubre

*ons sanitàries al segle XXI.* Hi haurà també diverses ponències: *Les lleis del final de la vida*, a càrrec de Núria Terribas, directora de l'Institut Borja; *La limitació de recursos en temps de crisi*, que desenvoluparà el Dr. Joan Viñas, catedràtic de Cirurgia i professor de Bioètica; *La competència per prendre decisions en la discapacitat intel·lectual*, que exposarà el Dr. Joan Lluch; *Dilemes ètics en el camp social*, per Meritxell Draper, i, finalment, *La salut: retallades o canvi de model*, a càrrec de la Dra. Montse Esquerda. Hi haurà espai també per a casos pràctics, que exposarà el Dr. Josep Pifarré, i debat.

Les persones interessades en aquestes jornades poden adreçar-se al web [www.irbllleida.cat](http://www.irbllleida.cat) (pestanya Formació/Jornades) o al correu electrònic [meritxell@cirurgia.udl.cat](mailto:meritxell@cirurgia.udl.cat).

# Cicle de conferències "Salut-malaltia. Una altra visió es possible"

Organitzat per la secció de metges acupuntors, homeòpates i naturistes del COMLL

La secció de metges acupuntors, homeòpates i naturistes del COMLL organitza un cicle de vuit conferències sobre el tema *Salut-malaltia. Una altra visió és possible*. Les conferències, que tindran una periodicitat mensual, exposaran temes com l'aparició de noves malalties i el risc de medicalitzar la vida quotidiana i plantejaments bandejats inicialment per la ciència experimental que avui es consideren alternatius en alguns països, entre d'altres. Les dues primeres xerrades tindran lloc a l'Institut d'Estudis Ilerdencs (IE) i la resta a CaixaForum de Lleida.

El cicle serà inaugurat per la presidenta del COMLL, la Dra. Rosa Pérez, el 24 d'octubre a les 19.30 hores. Tot seguit, el Dr. Joan Viñas, cirurgià i exrector de la Universitat de Lleida (UdL), pronunciarà la conferència *Reptes de la Medicina i de la Cirurgia del segle XXI*. La segona conferència tindrà lloc el 24 de novembre i anirà a càrrec del Dr. Manel Ballester, cardiòleg i professor de la Facultat de Medicina de la UdL, que parlarà sobre *Medicina*

*energètica. Consideracions generals, experiència personal.*

Ja entrat l'any 2012, la Dra. Teresa Forcades, monja i doctora en Teologia i Medicina, abordarà el 26 de gener el tema *Desmedicalització*. El 16 de febrer, el Dr. Josep M. Ferriçola, antropòleg social, psicoterapeuta i professor de la Universitat de Salamanca, presentarà la conferència *Diferència entre sanació i curació. Models de salut en altres cultures*. Nilda Caridad Venegas, metge psiquiatra, parlarà el 15 de març sobre "L'home i la psique. Un apropament a la seva realitat". El 26 d'abril, Octavi Piulats, professor de Filosofia i Antropologia de la Universitat de Barcelona, desenvoluparà el tema *Història de la salut natural. Reflexions sobre el canvi de paradigma*. L'última de les conferències se celebrarà el 31 de maig i anirà a càrrec de Carlos Avilés, doctor en Farmàcia i fundador de la Societat d'Investigacions Spagyriques, amb el tema *Aspecte terciario del hombre*. El cicle es clourà el 14 de juny amb una taula rodona.

## Lliurament de la Medalla al Mèrit en el Treball a Antonio Consuegra

Antonio Consuegra Fúnez, responsable de l'Àrea de Serveis del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), rebrà el 7 d'octubre la Medalla Col·lectiva al Mèrit en el Treball, en la categoria d'or, en el decurs d'un sopar a la Finca Prats.



L'acte ha estat organitzat pel Col·legi de Graduats Socials de Barcelona i comptarà amb l'assistència de la Dra. Rosa M. Pérez, presidenta del COMLL. Antonio Consuegra va començar a treballar al COMLL el novembre de 1966. La junta col·legial i els companys de feina li fan arribar la seva felicitació.

## Curs de formació continuada de la Societat Catalana de Cardiologia

La Societat Catalana de Cardiologia organitza el curs de formació continuada *Allò que no hem d'oblidar en el maneig integral de la insuficiència cardíaca*. El curs tindrà lloc el 18 de novembre a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i serà dirigit pel Dr. Fernando Worner.

Participaran en aquesta jornada com a ponents la Dra. M. Àngels Castells i els doctors Ferran Barbé, Félix Pérez Villa i Josep Comín. Moderaran les diferents ponències els doctors Jordi Ernest Tomàs, Agustí Ardiaca, Plácido Santafé, Fernando Worner, Jacint Cabau, Manuel Piqué, Gerard Torres i José Luis Morales. La cloenda anirà a càrrec del Dr. Cabau.

## Ampliació de serveis del COMLL a l'HUAV i l'HSM

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) ampliarà l'àrea col·legial i de serveis a partir del mes d'octubre a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i a l'Hospital de Santa Maria de Lleida (HSM). Aquesta ampliació suposa la presència de personal administratiu del col·legi els dimarts i els dijous, de les 11.00 a les 12.00 hores. La ubicació assignada a l'Hospital Arnau de Vilanova és a la primera planta de l'edifici vell, al final del passadís esquerre. Respecte a l'Hospital de Santa Maria de Lleida, la ubicació assignada es troba a la planta baixa, davant del despatx de Gerència, i s'identifica amb el número 14. Amb aquesta ampliació de serveis, la Junta de Govern del COMLL vol agilitzar els tràmits i les consultes que fins ara requerien el desplaçament a la seu del COMLL dels col·legiats i col·legiades que treballen en aquests dos hospitals de Lleida.

## V Jornada d'Endocrinologia a l'AP de l'àmbit de Lleida

La V Jornada d'Endocrinologia a l'Atenció Primària de l'Àmbit de Lleida tindrà lloc el 15 de novembre a l'edifici del Rectorat de la Universitat de Lleida (UdL). L'Institut Català de la Salut, amb la col·laboració de la UdL, organitza aquesta jornada.

A partir de les 9.15 hores, la jornada celebrarà diversos tallers simultanis adreçats a professionals de la Medicina i de la Infermeria. Tractaran temes relatius a la diabetis, l'hiperparatiroidisme secundari, els requeriments tècnics d'exploracions en Endocrinologia i Nutrició, les dietes de moda i el tractament quirúrgic de l'obesitat, entre altres.

La cloenda anirà a càrrec del Dr. X. Cos, metge de família i membre del grup RedGdps. Posteriorment, es lliurarà el premi al millor pòster presentat.

El termini de presentació de pòsters finalitza el 31 d'octubre i cal adreçar-los a l'adreça electrònica [rcalderon.lleida.ics@gencat.cat](mailto:rcalderon.lleida.ics@gencat.cat). Les inscripcions a la jornada són gratuïtes, tot i que cal formalitzar-les abans del 9 de novembre a <http://webllleida.cpd1.grupics.intranet/>.



# Les noves tecnologies i la Història Clínica Compartida (HCC)

La implantació de les tecnologies de la comunicació i la imatge (TIC) en el món sanitari ha posat a l'abast dels professionals l'eina per compartir les històries clíniques de les persones malaltes. Hi ha, però, opinions diferents sobre l'eficiència dels sistemes utilitzats per informatitzar els Centres d'Atenció Primària i els hospitals. Així mateix, la utilització d'aquesta nova eina planteja noves qüestions ètiques. BUTLLETÍ MÈDIC publica en aquest número la valoració de diversos professionals de Medicina, Infermeria i Farmàcia que han viscut directament la substitució del paper per la via electrònica. I també us ofereix el punt de vista de tres membres de la Comissió d'Ètica del COMLL.

## Història Clínica Compartida i infermeria d'AP

La Història Clínica Compartida a Catalunya (HCCC) ja és un fet des de fa un temps. La llei 21/2000, del 29 de desembre, preveu que l'objectiu principal de la HCCC és la millora en l'atenció a la salut dels ciutadans. Pretén aconseguir una eina que millori i que faciliti la feina dels professionals sanitaris, ja que permet un ús compartit entre els diferents centres assistencials de Catalunya de la informació disponible sobre els pacients.

La història clínica és el conjunt de documents que va sorgir de la relació entre el personal sanitari i el pacient i, a partir de la segona meitat del segle XX, entre els usuaris i l'hospital o l'Atenció Primària (AP). En qualsevol cas, la història clínica o la història de salut en l'Atenció Primària és l'únic document vàlid des del punt de vista clínic i legal.

Ara bé, per arribar a aquest objectiu, s'ha hagut de fer un llarg camí. El primer pas va ser la informatització dels centres d'AP mitjançant el programa e-CAP, un programa informàtic de la història clínica en l'Atenció Primària de salut que va implantar a Catalunya l'Institut Català de la Salut.

Per al professional d'infermera que treballa en AP ha comportat una

millora qualitativa en el registre de l'activitat. El model infermer comportava molts registres en paper, la qual cosa suposava utilitzar fulls i fulls. Ara, amb la informatització, és molt més àgil treballar en aquest model. Consta de diferents finestres que s'obren i, un cop emplenades, es bolquen en el curs clínic del pacient.

Cal dir, però, que no tots els professionals d'infermeria aprenen amb el mateix ritme. La tecnologia ha evolucionat a nivells inimaginables en els darrers anys. Els professionals que fa més de 20 anys que exerceixen una professió tan humana no s'haurien imaginat mai que en la seva vida professional experimentarien tants canvis tecnològics i de comunicació, fins al punt de poder visualitzar des de la seva pròpia consulta les proves complementàries. I no només això, sinó també tots els professionals sanitaris (metges, infermeres, pediatres, odontòlegs, especialistes, etc.) poden accedir i treballar en un mateix espai virtual. D'aquesta manera, s'entén que la

**La informatització afavoreix la interacció entre els diferents nivells assistencials**

interacció entre els diferents nivells assistencials es veu afavorida.

Però no tot és positiu, també hi ha limitacions en el sistema de la HCCC, per exemple, la fallida del sistema o de la xarxa pot interferir en la consulta del dia a dia en el moment en què es produeix, cosa que comporta una demora en l'atenció a l'usuari. A més, si es perllonga pot generar una nova visita.

Una altra limitació important és que en un espai virtual indefinit és complicat buscar un seguiment clínic concret. En aquest punt és crucial que els professionals que intervenen en l'atenció al pacient lliguin el motiu de la consulta al problema de salut pertinent.

En definitiva, la HCC informatitzada ha comportat una millora dels registres i ha evitat les pèrdues o duplicitats d'històries, i alguns cops duplicitats de proves.

Així mateix, ha facilitat l'aplicació de la metodologia infermera en un món virtual creixent. Aquest és un camp que està en expansió i que val la pena conèixer per millorar professionalment. Tot i això, calen alguns anys per consolidar el canvi.

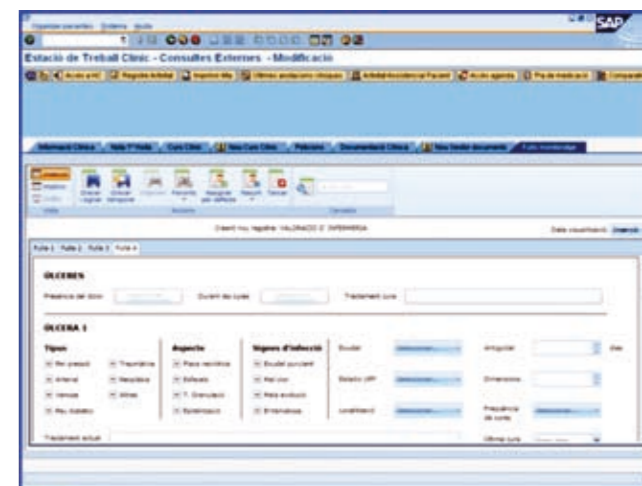
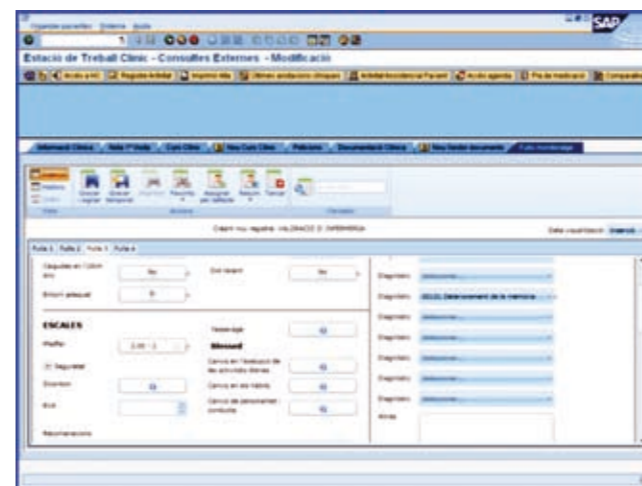
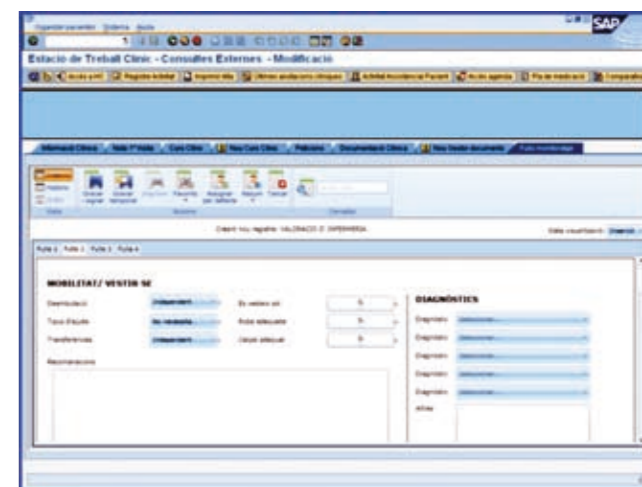
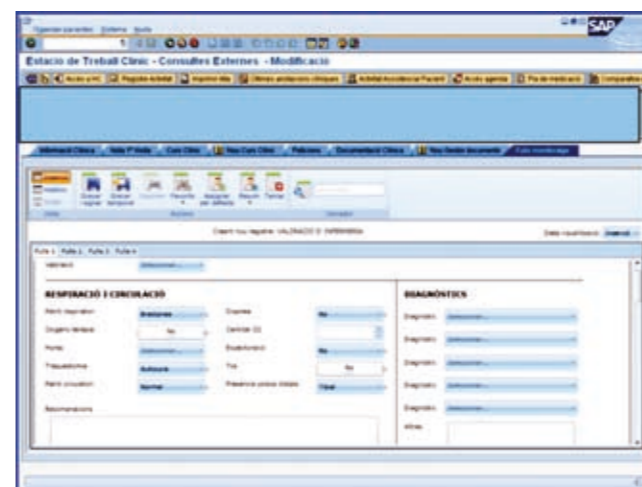
**Carme Marquilles i Bonet  
Laura Santallusia i Magri**  
Infermeres d'Atenció Primària  
ABS Bordeta - Magraners

## Història clínica electrònica d'infermeria

Els inicis de la Història Clínica Electrònica (HCE) els trobem als Estats Units l'any 1986, moment en què la Biblioteca Nacional de Medicina dels EUA va iniciar una investigació per realitzar un sistema de llenguatge mèdic unificat, que tenia com a objectiu el desenvolupament de sistemes per ajudar els professionals sanitaris i investigadors a tractar la informació i facilitar-hi l'accés.

Al continent europeu les activitats d'estandardització en informàtica i telemàtica per a la salut es remunten a l'any 1990 amb l'establiment del Comitè Tècnic TC251. I no és fins al 1995 que es publica el document *Arquitectura de la història clínica electrònica*, que va ser la insígnia de referència històrica en què es definien els principis bàsics que han de seguir les històries clíniques(1).

La HCE és el resultat de la implantació de les Tecnologies de la Informació i Comunicació (TIC) en



l'àmbit de la sanitat. El sistema consisteix en la inclusió de tota la informació que fa referència al pacient en un registre informàtic(2): dades de filiació, valoracions, resultats de proves, evolució clínica, etc.

L'experiència amb la HCE a Gestió de Serveis Sanitaris no és nova. El servei sociosanitari, conjuntament amb el Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria, ja van iniciar la utilització d'una HCE l'any 2006 mitjançant la utilització de l'aplicació informàtica GENOMI, que era una eina de gestió i programació de visites i també de registre de curs clínic per a infermeria en el Servei Sociosanitari.

El Servei Sociosanitari està format per diferents unitats que donen assistència als pacients en tots els àmbits d'atenció mèdica: en disposa d'una de curta estada a la Unitat Geriàtrica d'Aguts, ubicada a l'Hospital de Santa Maria; una d'hospitalització de mitjana estada, ubicada a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova; dues d'UFISS (hospitalització i urgències) situades també a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, quatre equips PADES, d'atenció domiciliària, i un hospital de dia sociosanitari, on es fan tas-

ques de diagnòstic i tractament de forma ambulatoria situats a l'Hospital de Santa Maria.

La particularitat del treball interdisciplinari del servei ens va portar al desenvolupament d'una eina de registre electrònic de la valoració integral d'infermeria, única per a totes les unitats del servei, en què ja es va fer un pas endavant amb el disseny d'un registre electrònic on es recollia la valoració integral del pacient. Ara bé, la limitació d'aquest sistema era la dificultat de compartir la informació amb altres serveis del mateix hospital, amb els centres d'Atenció Primària i també amb altres hospitals de la xarxa pública.

L'any 2010 l'empresa Gestió de Serveis Sanitaris va emprendre un repte molt important: la implantació del sistema informàtic SAP. Aquesta eina permet una gestió integral dels serveis sanitaris, la gestió de programacions, la facturació, el registre del curs clínic i els informes clínics, la digitalització de proves diagnòstiques de tots els usuaris i, potser el més important, la possibilitat de compartir aquesta informació amb altres professionals de l'àmbit de l'Institut Català de la Salut (ICS) a Lleida amb tots els serveis d'atenció

primària i els professionals de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Aquest sistema electrònic ha comportat l'aparició de la història clínica compartida a la regió sanitària de Lleida i la possibilitat de facilitar la interconnexió amb la Història Clínica de Catalunya (HC3).

La HC3 agrupa el conjunt de documents que contenen dades, informació i valoracions clíniques sobre la situació i l'evolució d'un pacient al llarg del seu procés assistencial. Segueix un model de gestió descentralitzat, interconnectat a través de sistemes d'interoperabilitat i estàndards. A més, permet a qualsevol metge accedir a tota la informació disponible i rellevant dels seus pacients, independentment del seu nivell assistencial o de la seva ubicació geogràfica. D'aquesta manera, promou la continuïtat de l'atenció sanitària, integra tota la informació, evita errors i repetició d'exploracions i/o procediments.

Actualment, 431 centres sanitaris de la xarxa sanitària pública estan connectats a la HC3 i comparteixen més de vint milions d'informes publicats, que pertanyen a 7.480.541 persones (dades del setembre de 2010). En percentatges, 67 hospi-



tals (84%) i 338 Centres d'Atenció Primària (92%) avui es troben connectats.

Pel que fa a l'HCC3, és a punt de tenir lloc un nou salt qualitatiu. Des del novembre de 2009, funciona el Repositori Central d'Imatge Mèdica, que compta actualment amb imatges procedents d'unes 850.000 exploracions radiològiques i que s'incrementa amb un ritme de cinc mil noves exploracions diàries(3).

L'experiència amb la HCE a Gestió de Serveis Sanitaris es va iniciar a finals del primer semestre de 2010, i, com totes les noves experiències, aquesta implantació va tenir problemes que, amb l'ajut de tots els professionals, s'han anat superant. Les característiques del Servei Sociosanitari, tant de cures al pacient com de les tipologies de facturació dels serveis, van motivar l'empresa GSS, conjuntament amb el suport de l'empresa IBM, a engegar un nou projecte: el desenvolupament del SAP sociosanitari. Aquesta eina específica recollia tant les particularitats anteriorment esmen-

recullen es despleguen i s'emplenen directament al formulari per evitar biaixos d'interpretació i de registre. A més, en el moment de la introducció de les dades es discrimina entre una primera valoració, de manera que, si n'és una de seguiment del pacient, ens permet veure la seva evolució i els possibles canvis en la progressió de la malaltia o en el procés de rehabilitació.

Per les característiques dels pacients ingressats al Servei Sociosanitari, s'han afegit uns paràmetres de registre, com la tipologia de les ferides cròniques que presenten els pacients i també la possibilitat de registrar el tipus de tractament per a cada ferida de forma individualitzada. A banda, la inclusió dels diagnòstics d'infermeria és un tret força significatiu: a cada necessitat valorada, s'hi han associat els diagnòstics NANDA més importants.

Per finalitzar amb el registre de la valoració integral d'infermeria caldria afegir un comentari sobre un altre vessant, encara poc desenvolupat en infermeria, l'investigador. Totes

### *El procés d'instauració de la HCE ha estat positiu, malgrat els habituals problemes de funcionament i de disseny superats amb l'esforç de tots*

tades com la inclusió d'una sèrie de formularis de registre integral de les valoracions realitzades per tots els seus professionals i de qualsevol de les diferents àrees de treball, ambulatoris i hospitalaris.

D'altra banda, en l'apartat d'infermeria, s'ha desenvolupat un formulari on es registra la valoració integral del pacient.

En la valoració, se segueix el model de Virginia Henderson sobre les dotze necessitats bàsiques del pacient: oxigenació, nutrició, eliminació, capacitat de realitzar moviments, repòs i son, vestiment, termoregulació, higiene i protecció de la pell, seguretat, comunicació i aspectes referents a la sexualitat, aprenentatge, participació en activitats recreatives, complementat amb una acurada valoració cognitiva i de risc de patir nafres per pressió.

Aquest formulari està format per respostes acotades a paràmetres fixos per aconseguir una homogeneïtzació de les dades per part de tots els professionals d'infermeria. Totes les escales de valoració que es

les dades recollides als diferents formularis de registre es poden exportar a un full de dades estàndard i després analitzar-les amb els diferents programaris estadístics.

En general, la HCE permet registrar l'estat actual del pacient en l'ingrés o en un moment determinat mitjançant els formularis de registre. Quan el pacient és a planta, permet registrar totes les incidències en el curs clínic electrònic de forma instantània i, el més important, compartir aquesta informació amb els altres professionals del servei. Per a la infermeria, una característica molt important és la instauració de l'informe d'alta d'infermeria, que, en el cas del Servei Sociosanitari, complementa el mèdic i que es lliura conjuntament a l'alta del pacient.

Personalment, crec que aquest procés d'instauració de la HCE en general ha estat positiu. Com en tot nou projecte que trenca amb el que s'ha fet fins al moment, apareixen problemes de funcionament i fins i tot de disseny, però amb l'esforç de tots s'acabaran superant.



Des del punt de vista de la infermeria, la HCE ha suposat una millora en el registre de totes les dades i les valoracions fetes al pacient, que en molts dels casos no s'enregistraven de forma sistemàtica. També hem aconseguit eliminar la subjectivitat amb el registre de les dades i la realització d'un informe d'infermeria quan el pacient és altat a les nostres unitats.

Una qualitat força considerable de la HCE és que permet compartir tota la informació del pacient amb la resta de professionals que li donen atenció i a nosaltres ens permet accedir a la informació de les prestacions realitzades en Centres d'Atenció Primària i/o hospitals de nivell superior.

Finalment, cal destacar que la HCE és una eina que aportarà molta informació per a la realització de tasques d'investigació dins dels mateixos serveis o per al desenvolupament investigador de la professió d'infermer.

**Jordi Ballesté Torralba**

*Infermer del Servei Sociosanitari de Gestió de Serveis Sanitaris Lleida.*

#### BIBLIOGRAFIA

Monteagudo JL, Hernández C. Estándares para la historia clínica electrónica. Disponible a: <http://www.seis.es/informes/2003/>.

Historia clínica: Enciclopedia Libre Universal en Español. Disponible a: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Historia\\_cl%EDnica](http://enciclopedia.us.es/index.php/Historia_cl%EDnica).

Història Clínica Compartida de Catalunya. Disponible a: <http://www.gen-cat.cat/especial/esalut/cat/compartida.htm>.

### **Història Clínica Compartida de Catalunya (HCC)**

L'objectiu principal de la HCCC és la millora de l'atenció de la salut dels ciutadans mitjançant una eina que millori i que faciliti la feina dels professionals sanitaris, ja que permet l'ús compartit de la informació disponible sobre els pacients i entre els centres assistencials de Catalunya.

La HCC ha de facilitar i potenciar la continuïtat assistencial i millorar l'ús dels recursos informatius. Ha d'evitar la repetició d'exploracions o de procediments que ja s'han efectuat en algun centre sanitari.

S'hauria d'anar cap al model únic (o comú) d'accés a registres informatius dels diversos sistemes d'informació.



Es bàsic i indispensable incidir en la seguretat i la confidencialitat de metges i pacients a fi de conservar la confiança dels ciutadans.

A part de donar cobertura als pacients de la xarxa pública, també hauria d'afectar els pacients de la xarxa privada, situació molt important i complementari en el nostre sistema.

El ciutadà hauria de ser el titular de les dades que consten en la HC i tindria la possibilitat de decidir sobre l'accés a aquesta informació per part dels professionals que l'atenen?

No crec que al segle XXI cap professional de la sanitat estigui en contra de la informatització, ja que aporta uns avantatges evidents, encara que també ocasiona problemes. A mi em toca parlar dels aspectes negatius i, com que estem parlant de diferents models, em referiré al que conec i que s'ha instaurat als hospitals públics: el SAP.

Després d'un any de la instauració del SAP, i malgrat que ha millorat el seu funcionament, encara hi ha aspectes que no funcionen i que fa la sensació que difícilment s'arreglaran, ja que, després d'incidir reiterativament en els errors del sistema, no sembla que de moment hi hagi solucions.

En principi, l'entorn i la base del SAP són molt poc mèdics i, probablement, molt empresarials. Això s'adapta molt malament a l'acte mèdic, a la història clínica i a l'exploració, ja que, d'entrada, crea una nova barrera entre el metge i el pacient a causa de la pèrdua d'atenció cap a la persona i la fixació en la pantalla de l'ordinador, fet que es veu empitjorat per la sobrecàrrega assistencial que provoquen les consultes de cinc o deu minuts i, de vegades, per la cerca de proves perdudes en la immensitat de les memòries informàtiques.

El principal problema del SAP és que la HC, probablement la base de tota la relació metge-malalt i en la qual es fonamentaran posteriorment totes les activitats que portaran al control de la salut del pacient, gradualment desapareix per diverses circumstàncies:

- Si durant una temporada el malalt no es visita (són típics els controls anuals d'algunes patologies).
- Després d'un ingrés si no s'ha aplicat terapèutica mèdica o quirúrgica
- Quan el malalt veu diferents professionals de la medicina: infermers, psicòlegs, etc.

Si el professional sanitari no recor-

da el malalt o el pacient no insisteix que s'havia visitat, és molt probable que aquesta hagi desaparegut i difícilment sigui recobrada. Quan el pacient insisteix que havia vingut anteriorment i després d'una farragosa cerca per la "documentació clínica", es pot trobar la seva història i així continuar-la.

Perquè això no passi, cada vegada que el pacient acudeix a la consulta s'ha de copiar i enganxar tota la informació en el curs clínic i, en pacients crònics que vénen a revisions periòdiques, finalment el procés és llarg i poc pràctic, ja que l'editor de text no té cap de les propietats del Microsoft Word.

Però si no es compleix aquesta pràctica, en històries de malalties cròniques oncològiques això és molt greu, ja que la malaltia pot quedar disgregada, atomitzada i podria deixar de ser un conjunt (imaginem un pacient oncològic que ja ha rebut tractament quirúrgic, quimioteràpia, radioteràpia i que després apareix recidiva o metàstasi. Si aquesta HC es disgrega, pot ser molt perillós i pot acabar afectant el procés).

Un altre aspecte negatiu del sistema SAP és la codificació de la malaltia que estava basada en el CIM i ara moltes patologies, amb l'ànim de la catalanització i possiblement triades per persones poc preparades en aquestes tasques s'ha convertit en patologies o antecedents com ara:

"Altres malalties provocades pel tabac."

"Altres escissions de teixits de la uretra."

En les malalties provocades pel tabac, podem trobar-hi la bronquitis, la bronquiectasi, els tumors, etc., que segons el CIM estan catalogades de la mateixa manera arreu del món civilitzat. Això comporta un problema important a l'hora de recollir dades, estadístiques i, fins i tot, en la facturació empresarial.

Un tercer aspecte, i probablement el més important, és la confidencialitat. En la antiga HC, escrita, hi havia tots els cursos dels diferents especialistes en diferents apartats i carpetes, que quan calia es podia mirar o investigar. En aquesta història es pot veure sense que es vulgui, ja que a la mateixa pantalla conviuen els diferents cursos clínics, i aquest dia el pacient pot haver visitat el psiquiatra, el traumatòleg, l'internista i l'uròleg.

És evident que una malaltia o un problema psiquiàtric poden ser



### Un any després d'instaurar la SAP encara hi ha errors reiterats del sistema

importants en una història mèdica, però era el pacient qui ho explicava o se li preguntaven en els antecedents les malalties que poguessin incidir en l'especialitat de cada un (per exemple, si un pacient amb una patologia psiquiàtrica pren un tractament que pot provocar disfunció erèctil i no li ho explica a l'uròleg, és evident que hi haurà una pèrdua de temps i d'eficàcia en la solució del problema per una manca de dades). Però quin pacient va al metge amb un problema i no li explica tot el que està relacionat amb la seva patologia? Se suposa que el pacient quan va al metge és per rebre una solu-

ció al seu problema, i no perquè el metge faci un diagnòstic brillant.

Aquests problemes són els més importants, però n'hi ha d'altres de menor rellevància que també incideixen en l'acte mèdic, com els continus errors informàtics que apareixen durant el curs d'aquest acte, missatges a la pantalla que recorden "errors" que no s'entenen i que no depenen de cada un. Tot plegat va en contra de la idea expressada al principi de l'article.

És possible que d'aquí a bastant temps la HCC sigui molt millor que la d'ara, n'estic segur, però aquest moment és molt lluny de les expectatives i de les esperances que hi havíem dipositat.

Com de costum, suposo que, des d'Hipòcrates, les coses es fan sense consultar els qui han de fer la feina. En aquest cas, la història clínica i la feina es basen més en els tècnics i els informàtics que en els sanitaris.

Probablement, si es consultessin els autèntics professionals, tots hi

guanyaríem, perquè, qui pot dissenyar millor una història sinó aquell que des de fa anys hi viu cada dia amb comunió?

El metge és qui exerceix la medicina, la resta són llicenciats en Medicina. Sembla que ens hem deixat aconsellar per llicenciats en Medicina i per tècnics aliens i no per metges.

**Dr. Joan Flores**  
Metge uròleg de l'Hospital de Santa Maria

### La Historia Clínica Compartida en la Atención Primaria

Hace meses que en las reuniones del Consejo de Redacción del BUTLLETÍ MÈDIC surge el debate sobre el arduo proceso de implementación de la informatización hospitalaria con el programa SAP. Probablemente, el punto común

más enfatizado es que su incorporación enlentece el acto médico, que debe dedicarse más tiempo mirando a la pantalla que al enfermo y que se pierde información sustancial que antes era fácil de encontrar y que ahora no está a mano cuando se necesita.

Dichas conversaciones me recuerdan a las que se tenían hace unos años en la Atención Primaria cuando se informatizaron los centros con el programa e-CAP. Por aquel entonces era una versión muy básica que fundamentalmente permitía registrar la historia clínica, codificar los condicionantes y problemas del usuario, y realizar las hojas de derivación del paciente. Hubo gente que intentó con mucho esfuerzo resumir las añejas historias de papel que habían calografiado desde tiempos inmemoriales y otros que recomendaban ser prácticos e introducir lo imprescindible para que se generara una nueva historia de forma prospectiva a partir de entonces.

En seguida, el programa permitió realizar las recetas desde uno de sus aplicativos y el problema que atormentaba era que se debía recordar en qué dirección colocar las hojas para que se imprimieran por el lado correcto y que a veces era difícil encontrar los productos farmacéuticos en el catálogo. Aquel cambio fue muy bien acogido porque nos permitía imprimir de forma rápida las recetas y las prescripciones se quedaban guardadas para dispensaciones futuras, lo cual facilitaba en cierta manera ese trabajo. Aprendimos a realizar informes con el ordenador, los comunicados al juzgado y a cumplimentar varias casillas que se requieren para solicitar el traslado del paciente en ambulancia.

Cada cierto tiempo nos avisaban de la llegada de una versión mejorada del programa, casi siempre criticada al principio y convertida al poco tiempo en indispensable, a la que habían añadido funciones que se suponían útiles para nuestro trabajo. Recuerdo, por ejemplo, que celebramos con alegría el día en el que los resultados de las analíticas de nuestros pacientes se volcaron con un simple clic en la hoja de monitorización.

Ya más recientemente llegó la receta electrónica, otro de los grandes cambios de la informatización, aunque no vino exenta de problemas. Con ella, evitamos a los pacientes venir mensualmente a buscar las recetas de aquellos pro-



ductos que utilizan crónicamente. Cuando el dispositivo electrónico que nos acredita funciona bien y la red es fluida, el proceso es francamente bueno. Por supuesto, cuando empiezan los errores de conexión o se bloquea en los pacientes que tienen una lista de prescripciones más larga que la de los reyes visigodos, necesitamos tener un talonario de los de siempre cerca y esperar a que se arregle.

Otra mejora reciente ha ocurrido con la radiología realizada digitalmente, que ya podemos ver desde el ordenador sin tener que esperar a que el paciente extravie sus placas o intuya que es aconsejable en ciertos casos traer las previas.

La última función muy importante que nos han introducido es la Historia Clínica Compartida (HCC). Con ella, los médicos de familia podemos acceder a los datos que han sido escritos en el programa SAP del hospital y a los 419 centros conectados que, según Gencat, en mayo de 2010 ya estaban compartiendo 17.666.565 informes que pertenecen a 7.297.637 personas. Me atrevería a decir que de todas las aplicaciones y cambios que he expuesto anteriormente, ésta es la que mejora más la atención (informática mediante) que prestamos a nuestros pacientes. Ahora podemos enterarnos perfectamente de lo que le ha parecido al compañero que ha visitado al paciente y cuál es su estrategia médica en el manejo del proceso. Ya no dependemos de la letra incomprensible que nos caracteriza a los médicos y que hacía perder valiosa información manuscrita. La experiencia nos dice que los pacientes, con la tensión y la carga emocional que les genera una visita, aunque estén atentos y se les haya preguntado si han comprendido las instrucciones dadas, con frecuencia llegan a nuestras consultas sin tener la más mínima idea de lo que les han explicado. Ahora, con la mejora de la accesibilidad al historial sanitario, podemos recuperar todo ese preciado trabajo y participar en el proceso de información que solicita el paciente. Además, la aplicación es fabulosa a la hora de realizar informes, porque ahora conocemos cuándo ha sido visitado el paciente y cuál ha sido la impresión diagnóstica y el proceder de los distintos médicos que lo han atendido.

Este sistema, denominado en la literatura extranjera Computer-Based Patient Record Systems (CBPRS), tiene como objetivo dar apoyo en

la toma de decisiones médicas, aumentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y promover el uso de guías de práctica clínica, con el objeto de mejorar la calidad global de la atención.

Por todo lo expuesto, ya dejo entrever que a la HCC le veo más ventajas que inconvenientes. En nuestro caso, ha sido excepcional que no funcionara el aplicativo y la información solicitada se carga con rapidez. Quizá la nota más negativa la centraría en los potenciales conflictos con el deber de confidencialidad de la historia clínica que está protegida por las leyes, códigos deontológicos y por la confianza que nos ha dado el paciente. Como la protección de los datos personales es un derecho fundamental, en el caso de la HCC, al ser potencialmente accesible por un mayor número de personas, obliga a ser aún más conscientes del deber de protegerla y a recordar que es el ciudadano el titular de los datos que constan en ella. ¿Cerramos siempre el ordenador cuando salimos a hacer gestiones por el centro?

Para poner otro ejemplo: si un

paciente acude a un centro de salud cualquiera porque se ha torcido un tobillo, los sanitarios implicados en ese proceso de atención podrán leer todo su historial sin restricciones, lo que puede hacer que algunas de las anotaciones más personales sin relación con el proceso agudo puedan ser consultadas. Evidentemente, qué más dará que eso ocurra para datos banales como la tensión, las revisiones de rutina, etc. Sin embargo, la cosa se complica cuando uno tiene ante sus ojos toda la letanía redactada por los sanitarios para definir los problemas psicosociales de la persona y de sus allegados del tipo: había sido consumidor de heroína, tiene ideas de autólisis no elaboradas, su madre le pegaba, están a punto de embargarles la casa o sus hijos no quieren contribuir a pagar los gastos de la residencia, ejemplos todos ellos leídos en historias de pacientes en las últimas semanas. De la misma forma, quedan expuestos a cualquiera que tenga permiso puntual para acceder a la HCC los problemas de salud o impresiones subjetivas escritas por sus distintos

médicos, o incluso conocer aquellos procesos diagnósticos que puedan ser sensibles o potencialmente estigmatizantes y que es muy posible que con todo su derecho el paciente no quisiera comunicar.

Aun así, si ponemos el sistema de HCC en una balanza, los beneficios que nos aporta el acceso bien controlado a la información superan con creces los inconvenientes que pueda tener el proceso. La única opción que se me ocurre para evitarlos en su totalidad es no permitir el acceso a determinada información a ciertos sanitarios, aunque esta medida la desestimaría por completo porque va en contra del objetivo inicial del diseño de un sistema tan magnánimo como éste.

Facilitar nuestro acceso a la información es bueno y, si hace siglos la escritura transformó el conocimiento aun habiendo detractores que ponían en duda la conveniencia de facilitar libros a la población, en estos momentos estamos siendo los actores de cambios trascendentales en los sistemas de comunicación equivalentes a lo que fue en su época la creación de la escritura,

Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J, Álvarez M, Massip P, Lang T. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *Int J Qual Health Care* 2004; 16 (5): 407-16.

Gencat. Historia Clínica Compartida (HC3). Proyectos estratégicos eSalut. Disponible en: <http://www.gencat.cat/especial/esalut/cas/compartida.htm>.

Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos M, Guanyabens-Calvet J. Historia clínica compartida en Cataluña. *Med Clí (Barc)* 2010; 134 (Supl1): 45-48.

Reguant M. Historia clínica compartida y confidencialidad: riesgos y límites. *FMC* 2010; 17 (3): 126-30.

## La història clínica compartida: aspectes ètics

Les noves tecnologies de la informació i de la comunicació representen tota una revolució en la pràctica clínica actual. Tenir accés a la informació clínica dels nostres pacients de manera ràpida i fiable mitjançant la història clínica informatitzada és

els cotxes siguin dolents, sinó que produeixen nous perills que la societat ha d'intentar minimitzar. La solució no passa per prohibir els cotxes, que han tingut molts avantatges per a la nostra societat, però sí que s'ha d'intentar disminuir els riscos nous que produeixen. Tan insensat seria prohibir els cotxes com negar que puguin produir nous problemes i no tenir-los en compte. La tecnologia no és bona o dolenta, això depèn de l'ús que se'n faci.

Des del punt de vista ètic, la història clínica compartida presenta un dilema entre dos principis bàsics: accessibilitat versus confidencialitat.

Tradicionalment, la relació entre metge i malalt ha estat una relació basada en la confiança, en el marc de la qual el malalt dona informació molt íntima al metge amb la finalitat que el pugui ajudar a resoldre els seus problemes de salut. Si el malalt amaga informació al metge, aquest no té les dades que necessita per fer un diagnòstic encertat, cosa que repercuteix negativament en la salut del malalt. Així doncs, donar al metge aquesta informació és essencial per al mateix acte mèdic, però exigeix de manera paral·lela una obligació de secret per part del professional. Aquesta obligació de secret és un dels grans puntals de la nostra professió, ja des dels temps d'Hipòcrates.

En la història clínica informatitzada compartida a distància aquesta relació íntima queda en situació de risc, atès que la informació que queda a la història clínica podrà ser vista per terceres persones sense el consentiment exprés del pacient. Molts pacients es preguntaran, per exemple, per què cal que un traumatòleg vegi els cursos clínics que ha escrit el ginecòleg, l'uròleg, l'internista o el psiquiatre. Si el pacient sap que el que digui al psiquiatre podrà ser vist per qualsevol altre professional que visiti en el futur, no s'ho pensarà dues vegades a l'hora de dir tota la veritat?

D'altra banda, tampoc no té sentit, entrats ja al segle XXI, que la medicina obviï els avantatges de la informatització de la història clínica. Si un mitjà està al servei de la societat, fins i tot podríem afirmar que és una obligació moral fer-lo servir per al bé de les persones. És molt positiu per a la millora de l'assistència sanitària tenir accés als antecedents, la medicació, les al·lèrgies i moltes altres dades de la història clínica.

Així doncs, tenim un debat entre la confidencialitat i l'accessibilitat de la

## Des del punt de vista ètic, la història clínica compartida presenta un dilema entre dos principis bàsics: accessibilitat versus confidencialitat

luego la incorporación de la imprenta y, ya en el siglo pasado, el ordenador, internet y el teléfono móvil.

Los adelantos tecnológicos no aparecen en cualquier momento, sino que lo hacen en función de las circunstancias en las que se encuentran inmersos. Ahora los médicos somos los protagonistas de estos cambios, porque es la sociedad en su conjunto la que está cambiando.

**Dr. Jorge Soler**

*Médico de familia y miembro del Consejo de Redacción del BUTLLETÍ MÈDIC*

### BIBLIOGRAFÍA

Bocco M. Sociedad de la información: un flujo de información a lo largo de la historia. *Revista Latina de Comunicación Social* 1998; 9.

Clic-Austral. Fòrum Català d'Informació Sanitària 2008. Debate virtual: Historia Clínica Compartida en Cataluña. Problemas y condicionantes de salud, alertas y avisos. Disponible en: <http://www.clic-austral.com>.

un avanç similar al que va ser en la seva època començar a realitzar i arxivar les històries clíniques i no confiar en la memòria del metge. Pensem, per exemple, en els avantatges de poder saber si un pacient que acudeix a Urgències és al·lèrgic a alguna cosa, la medicació que està prenent o les patologies que presenta. I també l'avantatge de poder accedir als cursos clínics i proves complementàries fetes per altres i evitar haver de demanar i fer informes davant de qualsevol visita.

Amb tot, com tots els nous avanços, a part dels grans avantatges, i precisament per la facilitat de la seva disponibilitat i accés a distància, pot presentar també uns riscos i uns nous problemes que caldrà tenir en compte per intentar potenciar els efectes beneficiosos i minimitzar els problemes, tal com passa en altres esferes del progrés. A tall d'exemple, es pot afirmar que abans que inventessin els cotxes no hi havia accidents de trànsit. Així no vol dir que





història clínica. És un debat irreconciliable? Pensem que no, sempre que es compleixin una sèrie de requisits mínims:

- Que sigui accessible només allò que cal per a cada acte assistencial.
- Que la història només sigui accessible per a aquells professionals que realment hagin de tenir-hi accés.
- Que el pacient pugui decidir, d'acord amb el metge, allò que ha de ser accessible i allò que es considera propi d'una relació més íntima.

Totes les històries clíniques compartides compleixen els requisits legals, però cal pensar que la llei és de mínims i només castiga el que està prohibit. En canvi, l'ètica és de màxims, ja que no només parla del que està malament, sinó també del que ha de tenir vers l'excel·lència. Per tant, des del punt de vista ètic el nivell d'exigència envers la història clínica compartida serà superior al legal, que és de mínims.

Des d'aquest punt de vista ètic, considerem que les històries clíniques compartides haurien de tenir els criteris de mínims següents:

Presència de tres nivells d'informació:

Universal, accessible per a qualsevol professional que ho necessiti. Aquí hi hauria la majoria de la informació: antecedents, al·lèrgies, medicacions, etc.

Amb restriccions, que haurien de ser sol·licitades per escrit pel pacient, quie és qui hauria d'assumir també els riscos derivats d'aquesta restricció, si és que n'hi hagués. Podria haver-n'hi de dos tipus:

Restringida als professionals d'un servei concret. Només visible per als professionals d'un servei concret: aquí podria encabir-s'hi alguna informació ginecològica, i de salut mental, entre d'altres.

Restringida només al professional de referència, per utilitzar només en circumstàncies molt concretes.

Control estricte d'accés al contingut de les històries per evitar que siguin accessibles als professionals que no estiguin vinculats al pacient. Pot ser interessant que en obrir la història clínica quedi reflectit el nom de les persones que hi han accedit; aquest fet ja pot ser dissuasori per a la curiositat d'alguns companys professionals.

Informació als usuaris sobre les característiques de la història clínica compartida i dels seus drets per

restringir o no certa informació, així com del seu deure de ser veraç amb la informació que diguin.

Informació per als professionals sobre els aspectes ètics i legals de la història clínica compartida, així com de la seva obligació ètica, deontològica i legal de guardar secret professional, no només d'allò que li ha confiat el pacient, sinó també de tot allò que hagin pogut veure a la història.

Creiem que només d'aquesta manera es podria mantenir un equilibri correcte entre les dues obligacions ètiques de confidencialitat i accessibilitat a la informació i els nostres pacients continuarien confiant en nosaltres per continuar "despullant-se" tant físicament com mentalment davant nostre perquè els professionals els puguem seguir donant la millor resposta possible als problemes que ens confien.

**Dr. Josep Pifarré, Dra. Montse Esquerda i Dr. Joan Viñas**

## Prescripció electrònica: el final de la recepta en paper o una nova forma de prescriure?

Les tecnologies de la comunicació i la imatge, conegudes com TIC, finalment han arribat als hospitals de Lleida després d'un procés d'implantació que no tinc la sensació que hagi estat gaire traumàtic. La Història Clínica Electrònica (HCE) és el nucli central dels projectes d'informatització dels dos hospitals de Lleida, l'Hospital de Santa Maria i l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, però en el marc d'aquesta HC s'han hagut d'encabir altres processos molt lligats a l'activitat assistencial que tradicionalment han portat una dinàmica pròpia; aquest és el cas del procés del medicament, que n'inclou la prescripció, la dispensació i l'administració. Com a testimoni de primera fila del desplegament i, sens dubte, com a advocat defensor de l'aplicació de les TIC en l'activitat sanitària, en aquest escrit intentaré transmetre la meua visió sobre el que suma (i també sobre el que resta) del nou sistema de Prescripció Electrònica Assistida (PEA) lligat al Registre Electrònic d'Administració de Medicaments (REAM), més coneguts per SILICON.

L'aplicació de la PEA de medica-

ments, combinada amb el REAM, aporta millores evidents en la seguretat i en la traçabilitat dels tractaments. Tanmateix, cal desmentar el mite que la PEA aporta més velocitat en el procés de prescripció: segons una revisió sistemàtica feta per Poissant i cols., els metges han de dedicar un 20% més de temps a les feines de registre i de documentació quan s'utilitzen sistemes electrònics. Aquesta qüestió també s'ha de relativitzar, ja que depèn molt del sistema informàtic escollit i de l'organització del treball. Així, si en lloc d'un sistema en el qual el metge passa visita directament amb l'ordinador —que és el que s'ha escollit a l'Arnau— s'utilitza un sistema d'estació de treball centralitzat a un despatx o a un control de planta, la diferència en el temps de registre respecte a un sistema de paper encara s'eixampla més i pot arribar a ser un 200% superior. Ara bé, el procés d'ús del medicament no culmina fins que l'infermer administra el tractament i, en aquest sentit, el treball de Poissant també deixa clar que, sigui quin sigui el sistema escollit, aquests professionals sempre inverteixen un 25% menys de temps en les seves tasques relacionades amb la farmacoteràpia si treballen en un entorn informatitzat. Considerant que en conjunt el temps dedicat per la infermeria a les tasques de tractament medicamentós supera en molt el temps emprat pels metges, almenys als hospitals, es lògic que els treballs que han mesurat l'eficiència del processos intrahospitalaris amb o sense TIC atorguin un gran avantatge a aquestes organitzacions que les han incorporat. Així, en un treball fet per Steele i col·laboradors, es fa palès que el temps emprat pels equips en els processos de gestió de proves de laboratori o radiològiques, així com de prescripció de medicaments, es redueix de forma significativa amb la introducció dels sistemes electrònics i, per tant, es millora de forma notable l'eficiència d'aquests equips.

### Impacte sobre els processos d'ús dels medicaments a l'hospital

Una primera virtut de la PEA és que obliga a revisar profundament els protocols d'actuació de metges i d'infermeres pel que fa al medicament. Aquesta és una feina important i de gran abast que ha de tenir en compte molts factors tant de tipus científicotècnic com organitzatiu i que caldrà anar completant

al llarg dels propers mesos i anys. És una tasca que també fa aflorar disfuncions o malentesos no resolts a l'organització i que sens dubte pot generar tensions. Per exemple, torna a posar sobre la taula el vell model de "metge responsable", clau en un enfocament de qualitat assistencial i que en molts dels nostres centres no s'ha tancat de forma satisfactòria. La conciliació de tota la medicació que ha de prendre el pacient, sigui quina sigui la unitat en la qual ha ingressat i el motiu pel qual ho ha fet, és una tasca feixuga que necessita un abordatge multidisciplinari, però que finalment no podrà funcionar com es vulgui, sinó que hi ha un únic referent d'aquest pla terapèutic.

Un altre aspecte destacat del sistema SILICON és que fa possible la traçabilitat dels tractaments, tot i que no de forma tan completa com exigeix la legislació vigent, que és molt estricta. A partir d'ara, qualsevol facultatiu de l'hospital, si té permisos, té a un clic de distància el coneixement sobre els medicaments que el pacient ha rebut en les hores o dies previs i quins no ha rebut i per què. El fet que tota la informació quedi emmagatzemada en una base de dades comuna permet fer anàlisis ràpides sobre el perfil de tractament de determinats pacients en funció del diagnòstic i les característiques. Aquesta és una eina molt potent, que estic segur que qualsevol equip mèdic necessita tenir a l'abast quan vol fer revisions sobre l'efectivitat i/o seguretat de les seves actuacions. La possibilitat d'utilitzar aquesta informació per millorar, en l'àmbit individual i col·lectiu, és viscuda per alguns professionals com un fet negatiu lligat a un augment de la capacitat de fiscalització i control per part dels superiors i, per tant, també lligat a una percepció de pèrdua de poder i/o autonomia. Segons Bartos CE i col·laboradors, aquesta és una de les raons principals que explica l'actitud negativa d'alguns col·lectius envers els sistemes de PEA i, en general, dels nous sistemes basats en TIC. En aquest sentit, és cert que el paper ho suporta tot i que, en canvi, el sistema PEA no permet algunes alegries o, més aviat, si es permeten, deixa ben clar que s'està actuant al marge de les directrius marcades i que es pot haver de donar explicacions. És clar que en la immensa majoria de casos aquestes "transgressions" estan justificades i que el professional no tindrà cap problema per exposar les seves raons si se li demanen. En aquest

## Els sistemes electrònics milloren l'eficiència dels equips

context de millora de la traçabilitat de l'ús del medicament, cal encabir-hi també la instal·lació a diferents unitats dels nostres centres dels armaris automàtics de dispensació de medicaments, més coneguts com Pyxis. Amb aquests estris es pretén donar resposta a l'exigència normativa que la institució ha de saber qui, com i per què fa ús d'un determinat producte farmacèutic. També és veritat que en conjunt les TIC faciliten i potencien les tasques de les comissions de farmàcia, d'antibiòtics i de qualitat: l'anàlisi continuada de les pràctiques d'ús de fàrmacs i dels resultats de salut obtinguts és una part molt substancial de la missió d'aquestes comissions. En definitiva, les TIC augmenten la transparència del sistema, tant de portes endins com de portes enfora, i no considero que això comporti cap tipus de greu o amenaça per a ningú sempre que es comporti de forma professional i deontològicament correcta.

### Impacte sobre la seguretat en l'ús de medicaments

Una primera conseqüència de la implantació de la PEA és que s'eliminen les possibilitats d'error lligades a la proverbial mala lletra dels metges i que, tant farmacèutics com infermeres, hem patit durant molts anys. I aquest no és un fet anecdòtic o menor, ja que molts estudis han demostrat que aquesta ha estat sempre una font important d'errors de medicació. El segon aspecte clau en seguretat està relacionat a la implantació del REAM lligat a la PEA, de forma que el personal d'infermeria ja no ha de transcriure la prescripció als seus documents. De fet, aquests es generen i actualitzen de forma automàtica. No és menys cert que la infermeria ha de continuar verificant la racionalitat i coherència de les prescripcions i no donar per bo tot el que es genera automàticament. Un estudi de referència fet a Holanda va analitzar amb detall els efectes de la introducció de la PEA sobre la taxa d'errors de medicació i va trobar reduccions importants i significatives, d'un 40% aproximadament. Cal dir, però, que

la majoria d'errors evitats eren de caire administratiu o de procediment i que, en canvi, la incidència d'errors terapèutics no va canviar. En coherència amb això, la incidència d'esdeveniments adversos evitables que es va avaluar en el mateix estudi no va mostrar una reducció significativa. Els autors argumenten que la reducció en errors administratius i de procediment és important per estalviar temps al personal, però que per reduir els incidents que fan mal al pacient cal anar més enllà de la simple prescripció electrònica i que s'ha de treballar per acoblar a aquesta prescripció sistemes de suport experts que guiïn el metge en la presa de decisions. SILICON ja incorpora allò que es considera bàsic com a suport a la prescripció, com les duplicatats terapèutiques, les interaccions medicamentoses i els ajuts en la dosificació.

Els serveis de farmàcia, com a assessors i impulsors en el desenvolupament i la implantació de noves versions de SILICON, treballen en la línia d'incorporar sistemes més sofisticats que alertin de forma efectiva sobre la necessitat de monitorització d'alguns medicaments, proposin adaptacions de dosis en funció de la situació específica del pacient quant a la funció renal o hepàtica, informin de les contraindicacions relacionades amb el diagnòstic o l'edat, etc. Queda, doncs, molt per fer pel que fa a l'adopció dels nous sistemes electrònics de prescripció i administració de medicaments. Hem iniciat un camí, crec que sense retorn, que ens ha de portar a una forma de treballar diferent, però sempre més efectiva, segura i eficient i que finalment ens ajudi a complir la nostra missió sanitària.

**J. A. Schoenenberger**

### BIBLIOGRAFIA

Poissant L, Pereira J, Tamblin R, et al. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *Journal Am Med Inform Assoc* 2005; 12.  
Steele AM, DeBrow M. Efficiency Gains with Computerized Provider Order Entry. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 4: Technology and Medication Safety). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Aug.  
Jasperien E, Van Doormaal, Patricia MLA, Van den Bemt, Rianne J, Zaal et al. The influence that electronic prescribing has on medication errors and preventable adverse drug events: an interrupted time-series study. *J Am Med Inform Assoc*. 2009; 16:816-825.





Dispensari sense llum elèctric ni nevera ni gaires recursos

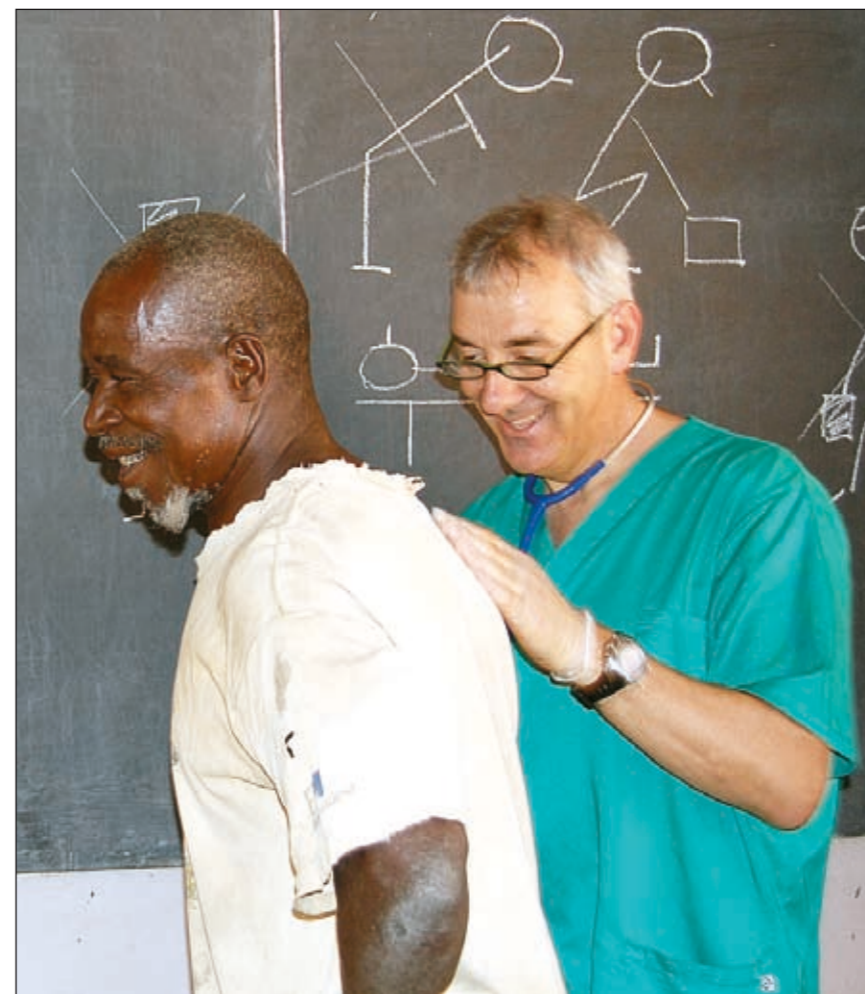
# Missió humanitària a Balacounda (Senegal)

La paraula *Fallou* es refereix a un dels fills de Bamba, que va ser un dels personatges clau en la independència, ja fa molts anys, del Senegal. De Fallou encara hi ha molts seguidors que el consideren profeta i se'n pot veure la imatge en fotografies que molts senegalesos porten al damunt o, fins i tot, als cotxes o als autobusos. I és aquesta paraula, *Fallou*, la que va triar una ONG com a nom l'any 2007. Tot va començar durant un viatge que van fer per diferents zones del Senegal un grupet d'amics: un reumatòleg, el Pere; un metge internista, el Josep, i un arquitecte, el Carles. En un principi, i atès el caràcter altruista i cooperant, es van apuntar a una ONG que actuava a la població costera de Mbour de Mer, a uns 90 quilòmetres de Dakar, i van aprofitar aquesta experiència per preguntar i per indagar si hi havia altres

L'esperança de vida dels 13.375 habitants de Balacounda és de 56 anys per als homes i de 59 anys per a les dones. La taxa de natalitat és de 6,3 fills per mare. De cada cinc persones, quatre sobreviuen per sota del llindar de la pobresa

zones al país per anar-hi a treballar. Després d'això, van viatjar a la regió de Tambacounda, probablement la més pobra i desproveïda d'atenció sanitària de tot el Senegal. Reunits amb les autoritats locals, van decidir establir-se com a nova ONG sanitària a tocar del poblat de Balacounda, en uns terrenys cedits per a aquest efecte, a més de 500 quilòmetres de Dakar.

Balacounda, com 56 poblats més, depèn de la comunitat rural de Dialacoto, amb una població total de 13.375 habitants, encara que el 40% d'aquests poblats tenen menys de 300 habitants. El 83% són de les ètnies mandinga o pehl i la resta, wòlofs i diakankès. El 98% són de religió islàmica. L'esperança de vida dels homes és de 56 anys i la de les dones, de 59 anys. La taxa de natalitat és de 6,3 fills per mare. El 54% de nens estan escolaritzats i el 70% de



El Dr. Lluís Rosselló passant visita

dones són analfabetes. De cada cinc habitants, quatre sobreviuen per sota del llindar de la pobresa. Des de fa sis mesos, no hi ha connexió elèctrica a tota la comunitat. La gent es desplaça majoritàriament a peu; d'altres, en carros o en bicicleta, i els que poden, en una espècie de microbús anomenat Car Ràpid, en què la gent s'amuntega

i s'agafa on pot, alguns per fora a agafadors petits, i amb cabres, gallines o diversos paquets al damunt, situació que crea un aspecte d'allò més curiós i esfereïdor a la vegada.

Fallou va escollir aquesta zona perquè és la més subdesenvolupada de tot el país, ja que gairebé no es beneficia de cap projecte d'ajut internacional. Per

la seva situació geogràfica remota, no hi actuava cap altra ONG des de feia molt temps, a més del clima rigorós, amb molta calor durant l'època seca i diluvis a l'època humida (*hivernage*), baixa densitat de població i una atenció sanitària molt deficient. Tant és així que en tota la comunitat de Dialacoto tan sols hi ha un dispensari on treballen dues persones: un sanitari pròpiament dit, sense cap mena de titulació mèdica, i una infermera que ajudava en els parts i en la cura de nadons sense ser llevadora i sense tenir tampoc cap altra titulació. Ara bé, això sí, amb una experiència, una disposició i una habilitat envejables. El dispensari on visitaven no reunia ni de lluny les condicions higièniques mínimes: no tenien llum elèctric ni nevera ni material per fer gran cosa. Les úniques coses que es podien aprofitar potser eren la teòrica sala de parts i dos llits. Només podien fer radiografies i analítiques a gairebé 100 quilòmetres, a Tambacounda, però poquíssima gent tenia diners per poder agafar el Car Ràpid, i menys per pagar cap prova diagnòstica.

Aquesta modesta i jove ONG, laica i sense ànim de lucre, constituïda, com s'ha dit, l'any 2007 i dedicada a la cooperació activa per al desenvolupament autònom de la zona més desfavorida del Senegal ja ha fet un total de quatre actuacions o missions d'una durada d'entre tres i quatre setmanes i en dues èpoques de l'any, a l'abril i a l'octubre. Per aquí, hi han passat reumatòlegs, internistes, metges de família, dermatòlegs, infermeres, a més de personal auxiliar, tècnics en gestió de recursos naturals i paisatgístics, arquitectes, mestres, periodistes, fotògrafs, etc. I ja s'està preparant la cinquena missió per a l'octubre vinent.

Jo mateix i set cooperants més —tres reumatòlegs, dues infermeres, un tècnic en gestió de recursos naturals, un



Aquesta zona és la més subdesenvolupada del Senegal



III fotògraf i una experta en teràpies alternatives— vam ser-hi a l'abril passat durant tres setmanes. El campament base és, com ja he comentat, a tocar de Balacounda, i val a dir que el grup que hem format l'expedició hem pogut gaudir d'un campament renovat, amb bona infraestructura, que, sense perdre les característiques de qualsevol poblat de la zona —amb cabanes en forma cònica i sostre de canya—, sí que ens podíem dutxar amb aigua d'un pou proper i disposàvem d'una cuina, d'un lloc per menjar i d'un magatzem per a la farmaciola, tot plegat rodejat d'un tancat d'obra. Des d'aquí ens desplaçàvem cada matí a primera hora, en dos Jeeps i formant un sol equip, als diferents poblats per fer la visita mèdica, atendre urgències, fer cures, diagnosticar i proposar tractaments. Tornàvem gairebé quan el sol començava a amagar-se, cansats la majoria de dies, però satisfets de la feina feta. Un dels dies vam visitar el dispensari de Dialacoto i, a la vegada i al mateix lloc, es va dedicar un matí a la formació en hipertensió arterial i cures als Agents Sanitaris Comunitaris (ACS) i Agents Sensibilitzadors Locals (Relais) de la zona.

Durant aquests dies entre tots vam fer més de 600 visites, i seria molt llarg descriure les diferents patologies que es van detectar i que es van tractar. Potser destacaria la gran freqüència de pacients amb hipertensió arterial i diabetis, que fins aleshores eren desconegudes. La majoria de nens tenien parasitosis i acudien a nosaltres



La majoria de nens tenen parasitosis

La majoria de dones visitades parlaven de fatiga i dolor en punts típics de la fibromiàlgia, tot i que sense mostrar símptomes depressius ni ansietat com a casa nostra

amb quadres febrils i diarrea, a més de bastants casos de desnutrició. La consulta més freqüent entre les dones més grans era per mal de esquena, i els homes per mal de cap, d'esquena i de genolls, i gairebé tothom tenia càries dentària. És fàcil detectar seqüeles d'antics raquitismes o de malalties infeccioses, com la malària, ferides i fractures mal curades, algun cas de lepra i altres malalties tropicals, i de ben segur que se'ns van escapar moltes patologies desconegudes per nosaltres a causa, en gran part, de no poder disposar de cap altra prova



Hi ha bastants casos de desnutrició entre els nens



És fàcil detectar ferides i fractures mal curades



Interior del dispensari

diagnòstica que no fos la mateixa sospita. S'ha de destacar un cas d'una pneumònia en un nen d'onze anys que es va tractar, ens el vam endur al campament i va retornar curat.

Jo particularment tenia com a propòsit investigar si hi havia casos de fibromiàlgia entre la població de la zona on vam actuar. Així, després de visitar desenes de dones de mitjana edat d'entre vint i quaranta anys, puc afirmar que el dolor generalitzat i la fatiga també formen part de les seves queixes i, de forma majoritària a la gent visitada, amb mal de cap i una exploració de punts típics de fibromiàlgia positius i només hi aniria en contra el fet de no mostrar símptomes depressius ni ansietat com ens trobem en aquests pacients a casa nostra, sinó que més aviat, i de forma generalitzada, se les veia sempre amb la rialla a la boca. Encara que observant de quina manera treballaven, carregades de fills per tot arreu i a altíssimes temperatures, em va fer inclinar a pensar que devia ser alguna altra malaltia i no la fibromiàlgia la causant de la fatiga i el dolor.

L'ONG Fallou té el propòsit ferm de continuar la seva tasca, de manera que, com ja he comentat, ja prepara la cinquena missió, amb uns propòsits clars i ben definits:

- Crear llocs de treball per als habitants de la regió.
- Proporcionar assistència sanitària primària als poblats més desatesos.
- Continuar implantant i renovant material i infraestructura útil a la regió: pous, campaments, energia solar fotovoltaica, etc.
- Dissenyar i desenvolupar programes de formació teòrica i pràctica per a ACS i Relais.
- Estimular i implantar tractaments fitoterapèutics contra les malalties més freqüents de la regió.
- Optimitzar els recursos naturals i paisatgístics de manera sostenible i perdurable.

Podeu trobar tot això i més informació a la web [www.fallou.org](http://www.fallou.org), on també podeu veure imatges i fotografies de les diferents expedicions, a banda de les que il·lustren aquest article. A més, també hi ha la possibilitat de fer-se soci d'aquesta ONG i de participar en les diferents missions que es faran en un futur. Des d'aquestes ratlles, us animo a participar ja no en aquesta ONG, sinó en qualsevol altra per aportar un granet de sorra a aquest desert com és l'Àfrica, pobra i necessitada. I us puc assegurar que, si ho feu, hi haurà un abans i un després del qual no us penedireu i del qual us quedarà un record inesborrable, com m'ha passat a mi.

Dr. Lluís Rosselló Aubach  
Reumatòleg de l'Hospital de Santa Maria de Lleida



# Salut mental, immigració i psicosis

La immigració és un fenomen social emergent amb un notable impacte en l'àmbit sanitari. Pel que fa a la salut mental, les síndromes psiquiàtriques són fenomenològicament universals, però la seva expressió clínica està primàriament determinada per factors culturals. L'adaptació de l'immigrant, així com la del mitjà receptor, suposen un esforç cultural i social que condiciona les interaccions entre els individus i, d'una manera substancial, la relació pacient-terapeuta.

En aquest àmbit, la clínica psiquiàtrica s'enfronta a un nou repte diagnòstic i terapèutic en què han de superar-se barreres etnoculturals individuals i col·lectives, socials i biològiques. Les diferències idiomàtiques i la restricció en l'accés a recursos i serveis sanitaris suposen un obstacle de primer ordre en aquesta població.

## La migració, un factor de risc

La immigració, com a fenomen generador d'estrès, suposa un factor de risc per al desenvolupament d'una patologia mental. Des de l'any 1930 s'ha investigat aquest procés migratori com a factor de risc per al desenvolupament d'una patologia mental i específicament per a l'aparició de psicosis (Odegaard O et al. 1932). En l'actualitat, trobem diferents estudis en els quals es planteja el fenomen migratori com un factor de risc per al desenvolupament de psicosis (Cantor-Graae et al. 2005; Harrison et al. 1997; Selten et al. 2001), concretament un estudi britànic (AESOP study team, 2002) de primers episodis psicòtics en immigrants que reforça aquesta idea.

Es suggereixen diferents hipòtesis (Selten et al. 2001) que puguin explicar l'augment de trastorns psicòtics en les poblacions immigrants:

- Una elevada incidència d'esquizofrènia al país d'origen.
- Migració selectiva dels individus genèticament de risc.
- Factors ambientals que precipiten l'aparició d'esquizofrènia en aquells individus que són genèticament de risc.

Tanmateix, s'ha intentat identificar els aspectes que explicarien la potencialitat de la migració com a factor de risc de psicosis (Hutchinson G et al., 2004), com la desigualtat social, l'atur laboral, la fragmentació familiar, el racisme i la discriminació, que actuen de forma sinèrgica amb altres factors, com són la història familiar, l'aïllament social i possiblement el consum de tòxics.

## L'estrès de l'immigrant suposa un factor de risc per a patologies mentals

Per tant, la migració és un factor de risc per presentar en un futur un trastorn psicòtic i existeixen diversos factors ambientals associats al procés migratori que contribuiran al desenvolupament d'aquest tipus de patologia mental.

### Perfil del pacient immigrant

En els últims anys s'ha detectat un augment progressiu dels pacients immigrants que requereixen un ingrés a la Unitat d'Hospitalització d'Aguts de Psiquiatria. Per això, es va realitzar un estudi descriptiu de la mostra pacients immigrants (n = 71) que van ingressar durant l'any 2008 a la Unitat d'Aguts:

#### Gènere, edat, estat civil i nucli de convivència:

La majoria són homes, amb un 59%, en una franja d'edat predominant de 26 a 30 anys (29,58%) i amb un 67,1% d'usuaris solters. El resultat obtingut denota una clara prevalença d'usuaris solters, que molts cops no gaudeixen d'una estructura sociofamiliar que els doni un recolzament i una estructura en la rehabilitació i recuperació de la malaltia.

Respecte al nucli de convivència, s'observen dues tendències clares, els pacients que conviuen amb la seva família pròpia (36,62%) i els que viuen sols (36,62%). Evidentment, aquest aspecte

tindrà també un paper molt important en el procés de recuperació i el futur pronòstic del trastorn.

#### Origen:

El col·lectiu més destacat procedeix de l'Àfrica (exceptuant el Magreb), seguit dels usuaris de l'Europa de l'Est i en tercer lloc els procedents del Magreb (figura 1).

#### Situació administrativa:

Un 35% dels usuaris no posseeixen la documentació necessària que permeti l'estada perllongada al nostre país de manera regularitzada, fet que pot abocar l'immigrant a la marginalitat i a un allunyament progressiu de la normalització i del món laboral (figura 2).

#### Situació laboral:

Gairebé el 50% es troba sense feina, amb una important precarietat econòmica, que serà un dels factors de risc per al desenvolupament d'una patologia mental (figura 3).

#### Diagnòstic:

Veiem una predominança dels trastorns psicòtics que arriba gairebé al 50% dels diagnòstics (figura 4).

### Psicosis i immigració

Atesa la importància dels trastorns psicòtics com a motiu d'ingrés en els immigrants, es planteja realitzar un estudi en què es comparen aquests pacients immigrants amb diagnòstic de trastorn psicòtic amb els usuaris nadius.

Durant dos anys ingressen a la Unitat d'Aguts de Psiquiatria un total de 1.287 pacients, 144 dels quals (11,2%) són immigrants i aproximadament un 50% (n = 73) tenen un diagnòstic de l'espectre psicòtic. Aquests 73 pacients immigrants es comparen amb una mostra de pacients nadius aparellats per edat, sexe i data aproximada d'ingrés.

No es troben diferències significatives quan es compara l'estada mitjana hospitalària (taula 1). Aquest fet contradiu la hipòtesi que els pacients immigrants presenten una estada hospitalària més elevada a causa de les particularitats que presenten, com la dificultat idiomàtica, la diferent presentació clínica dels

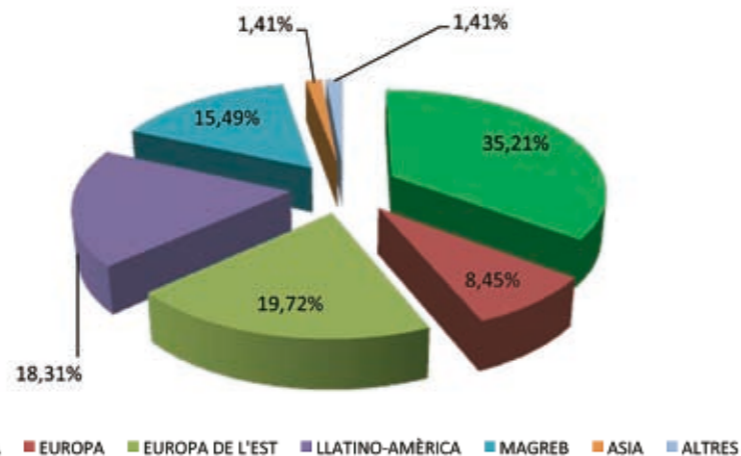


Figura 1. Distribució de la població immigrant segons origen geogràfic

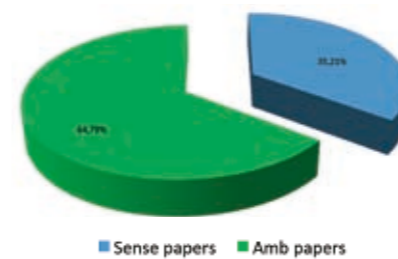


Figura 2. Distribució de la població immigrant segons la situació administrativa

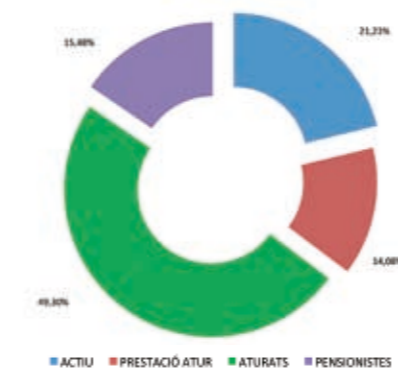


Figura 3. Distribució de la població immigrant segons la situació laboral

trastorns psiquiàtrics i una major necessitat de recursos socials a l'alta, que podrien allargar la durada de l'ingrés. Per tant, aquest fet es pot interpretar que aquests pacients immigrants reben una assistència hospitalària quantitativament equiparable a la població no immigrant.

Respecte a les diferències en el diagnòstic, s'observa que els pacients immigrants són diagnosticats amb un percentatge significativament més alt de trastorn psicòtic no especificat en contraposició al diagnòstic d'esquizofrènia en la població autòctona.

L'eina bàsica de treball del psiquiatre en àmbit clínic, i en què es basa

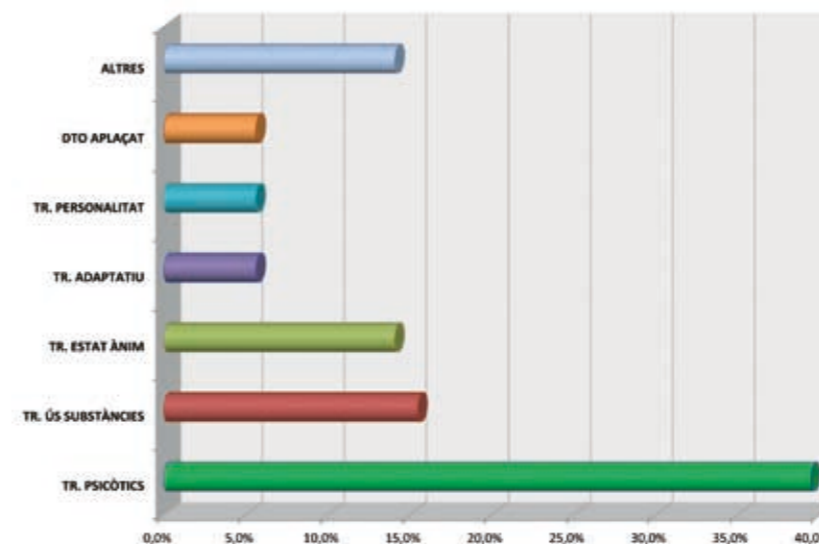


Figura 4. Distribució de la població immigrant segons diagnòstic mèdic

## TAULA 1. Diferències entre les dues mostres de pacients, immigrants i no immigrants, amb diagnòstic de trastorn psicòtic

	IMMIGRANTS (n = 73)	NO IMMIGRANTS (n = 73)
ESTADA HOSP.	20,08 ± 18,6 dies	21,41 ± 12,9 dies
DIAGNÒSTIC A L'ALTA*	31,5% Esquizofrènia 35,6% Tr. psicòtic no esp. 32,8% Altres tr. psicòtics	58,9% Esquizofrènia 23,25% Tr. psicòtic no esp. 27,39% Altres tr. psicòtics
REINGRESSOS 3 m	5,5%	13,7%
REINGRESSOS 6 m	13,7%	16,4%
REINGRESSOS 9 m	21,9%	24,6%
REINGRESSOS 12 m	30,1%	34,2%
Nombre de visites l'any següent a l'alta**	2,1 ± 3,3 visites	5,05 ± 4,05 visites

per poder realitzar un diagnòstic, és la història clínica del pacient i una completa exploració psicopatològica, que es realitza majoritàriament a través de l'entrevista amb el pacient i la seva família. En la població immigrant el professional es troba freqüentment amb la barrera idiomàtica que, juntament amb altres factors (creences culturals, presentació clínica influenciada per aquestes creences...), dificultaran la correcta exploració dels pacients i, en conseqüència, el procés diagnòstic. Tanmateix, molts cops en aquests pacients el seguiment evolutiu que ens ajuda a perfilar el diagnòstic serà complicat, ja sigui pel canvi freqüent de zona de residència o pel pitjor seguiment en l'àmbit ambulatori. Tot això es veu plasmat en un percentatge més elevat en aquesta població d'un diagnòstic poc clar.

Un altre dels objectius d'aquest estudi era fer un seguiment ambulatori d'aquests pacients durant l'any següent a l'alta hospitalària. Es troben diferències significatives amb una mitjana de visites inferior en el grup de pacients immigrants. Probablement aquest fet sigui suficientment important per plantejar

estratègies per millorar el seguiment ambulatori, com reforçar la coordinació amb Atenció Primària, ja que des d'aquest àmbit també es pot potenciar que aquests pacients acudeixin a les visites amb l'especialista. Malgrat aquesta diferència en el seguiment ambulatori, aquesta dada no s'ha vist reflectida en un augment del nombre de reingressos en el grup immigrant.

Podem concloure que el procés migratori és un fenomen actiu i en creixement en la nostra ciutat, que presenta nous reptes i obstacles en l'assistència sanitària. Ens plantejem intentar buscar solucions a les dificultats que presenten aquests pacients, de manera que s'afavoreixi l'ús adequat dels recursos de salut mental, reforçant la comunicació i psicoeducació del pacient.

**Dra. Irene Forcada Pach**

Unitat d'Hospitalització d'Aguts. Servei de Salut Mental. Hospital de Santa Maria

### BIBLIOGRAFIA

- AESOP Study Team. Raised incidence of all psychosis in UK migrant populations. *Schizophr Res* 2002; 53: 33.
- Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
- Harrison G, Glazebrook C, Brewin J, Cantwell R, Dalkin T, Fox R et al. Increased incidence of psychotic disorders in migrants from de Caribbean to the United Kingdom. *Psychol Med* 1997; 27: 799-806.
- Hutchinson G, Haasen Ch. Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 350-357.
- Odegaard O. Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian born population in Minnesota. *Acta Psychiatr Neurol* 1932; 7: 1-206.
- Selten J-P, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *British journal of psychiatry* 2001; 178: 367-372.



# La malaltia de Chagas

El notable increment de la immigració de procedència llatinoamericana esdevingut a Espanya durant la darrera dècada, amb un impacte especial de la població de procedència boliviana, ha convertit la malaltia de Chagas, o tripanosomiasi americana, en un problema de salut pública al nostre país. Actualment resideixen a Espanya quasi dos milions i mig de persones oriündes de països endèmics per aquesta malaltia.<sup>1</sup>

Està considerada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) una de les "malalties oblidades", malgrat que afecti milions de persones a tot el món. Viuen en zones endèmiques 60 milions de persones, entre 8 i 10 milions d'aquestes estan infectades i causa 14.000 morts a l'any.<sup>2</sup>

Va ser descoberta pel metge brasiler Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas l'any 1908, que va descriure la malaltia en tots els seus aspectes: el patògen que la causa, el vector que la transmet, el cicle vital dels paràsits i els seus reservoris naturals i la malaltia en si mateixa. La malaltia de Chagas és una antroponosi endèmica de l'Amèrica Llatina que s'estén des del sud dels Estats Units fins al nord de l'Argentina i Xile, respectant les illes del Carib. Afecta 20 països.

Causada pel protozou *Trypanosoma cruzi*, es transmet per diverses vies: pels vectors triatomes hematòfags, com el *Triatoma infestans* (vinchuca), que transmeten la malaltia quan defegen sobre la pell o les mucoses en picar per alimentar-se, a través de la transfusió de sang o trasplantament d'òrgans, per la via oral i per transmissió vertical. En les zones no endèmiques, en absència de triatomes vectors, la transmissió es realitza a través de les transfusions sanguínies, trasplantament d'òrgans i per transmissió vertical.

Es calcula que a Espanya unes 68.000 persones pateixen la malaltia de Chagas en alguna de les seves formes. Això implica una sèrie de reptes per al nostre sistema sanitari. Un d'aquests és controlar i evitar les possibles vies de transmissió. Des de l'any 2005 existeix a Espanya una normativa (Reial Decret 1088/2005) que obliga al cribatge de tots els donants de sang amb risc d'infecció per *T. cruzi* o a excloure'ls de la donació si no és possible realitzar-lo.<sup>3</sup>

## Clinica

La malaltia cursa en dues fases:  
- Fase aguda o primoinfecció, generalment amb símptomes inespecífics, un 50% dels infectats pot no presen-

tar-ne, i que ocasiona una mortalitat d'un 5% quan l'afectació és greu, miocarditis o meningoencefalitis. És infradiagnosticada i s'autolimita en 4-6 setmanes.

- Després d'aquesta fase, la malaltia de Chagas no tractada entra en una fase crònica, inicialment com una forma asimptomàtica o indeterminada. Posteriorment, entre el 20 i el 30% dels pacients desenvoluparan alteracions cardíques (forma cardíaca); un 10%, alteracions digestives (forma digestiva) o ambdues (forma mixta), i menys del 5%, una forma neurològica. Aquesta afectació es desenvoluparà després de 10-30 anys de la primoinfecció. La resta romandrà en la forma indeterminada sense cap tipus de manifestació clínica durant tota la vida.

La cardiopatia chagàsica presenta algunes característiques diferencials amb d'altres cardiopaties més comunes a la nostra àrea. Es tracta d'una cardiopatia fibrosant, que afecta de forma segmentària la contractibilitat, i és una miocardiopatia dilatada amb tendència a la formació d'aneurismes, sobretot apicals, té un gran potencial aritmogen, són freqüents les arítmies ventriculars i les bradiarítmies i és causa de fenòmens tromboembòlics.<sup>6</sup>

Les manifestacions digestives es localitzen a l'esòfag i al colon, amb afectació de la seva motilitat, que porta a la dilatació severa, en què l'acala-



La malaltia de Chagas està causada pel protozou *Trypanosoma* i es transmet per diverses vies

sia i l'estrenyiment en són l'expressió clínica.<sup>7</sup>

Els pacients amb immunosupressió poden presentar una reactivació de la malaltia.<sup>4</sup>

## Proves diagnòstiques

El diagnòstic es pot efectuar a través de tests parasitològics directes (gota grossa i microhematòcrit) o indirectes (cultius i PCR), i mètodes serològics, que es basen en la determinació de la presència d'anticossos contra antigens específics (hemaglutinació indirecta, immunofluorescència indirecta, tècniques d'ELISA i d'altres).

Atès el limitat valor predictiu positiu, cal la confirmació serològica mitjançant dos mètodes que emprin antigens diferents per fer el diagnòstic definitiu.<sup>5</sup> Un cop confirmat el diagnòstic serològic positiu, cal fer cribatge de l'afectació cardíaca i digestiva, segons s'estableix en els documents de consens específics.

## Tractament

El fàrmac d'elecció és el benznidazole. En cas de contraindicació o efectes secundaris, es pot fer servir el nifurtimox. La seva administració redueix la durada i la gravetat de la malaltia aguda i elimina la parasitemia. L'efectivitat dels tractaments disponibles va en relació inversa al temps d'evolució. Són altament efectius en el primer any de vida i en la fase aguda, mentre que la seva efectivitat disminueix amb el temps d'infecció. En la fase crònica, no existeix un tractament satisfactori. Alguns estudis han demostrat que el tractament en aquesta fase provoca alentiment en la progressió de la malaltia.

El tractament etiològic cal fer-lo sempre en nens menors de 12 anys i en casos de reactivació. Dels 12 anys a la quarta dècada es recomana oferir el tractament.<sup>8</sup>

El principal repte actual, en relació amb la malaltia de Chagas al nostre país, és el control de la transmissió vertical, mitjançant el cribatge d'embarassades i nadons de mares positives



La tripanosomiasi americana és endèmica de l'Amèrica Llatina, i s'estén des del sud dels Estats Units fins al nord de l'Argentina i Xile i afecta vint països. És una de les "malalties oblidades", segons l'OMS, tot i que la pateixen entre vuit i deu milions de persones i causa 14.000 morts a l'any.



» a l'antigen de *T. cruzi*, i el tractament precoç dels nadons infectats.

La Generalitat de Catalunya va aprovar el febrer del 2010 el protocol de cribratge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i en els seus nadons, i és en la formació dels professionals implicats i en la seva implantació en el que actualment s'està treballant.<sup>9</sup>

Dues circumstàncies doten de gran rellevància el control de la transmissió vertical: en primer lloc, el fet que quasi la meitat de la població procedent de Llatinoamèrica, de zones amb alta taxa de transmissió maternofamiliar, que viu al nostre país són dones en edat fèrtil, i, en segon lloc, l'alta eficàcia del tractament amb benzidazole quan es realitza de forma precoç i que és prop d'un 100% en nens menors d'un any.

Un altre gran repte és preparar professionals de la salut per al diagnòstic, maneig i tractament adequat de les persones que pateixen aquesta patologia.

**Dra. Mercè Almirall**  
Responsable de la Unitat de Medicina Tropical Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

**BIBLIOGRAFIA**

1 Gascón J, Grupo de Trabajo del taller "Enfermedad de Chagas Importada: ¿un nuevo reto en Salud Pública?" Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. Med Clin (Barc) 2005; 125 (6): 230-235.  
2 Schmunis GA. Epidemiology of Chagas in non-endemic countries: the role of international migration. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2007: 102 (suppl. I):



Fumigació de les instal·lacions

75-85.

3 Portus M. La enfermedad de Chagas em España. Ars Pharm; 2010; 50 (4): 195-204.

4 Eros A, Chagas disease and immunosuppression for neoplasms and autoimmune diseases. Emf Emerg 2010; 12 (supl 1): 22-32.

5 Flores-Chávez M, Fuentes I, Gárate T, Cañavate C. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada. Enferm Infecc Microbiol Clin 2007; 25 (Supl 3): 29-37.

6 Gascón J, Grupo de Trabajo del taller "Enfermedad de Chagas importada, un reto de Salud Pública". Documento de consenso. Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEM-TSI). Guía clínica de diagnóstico, maneig i tractament de la cardiopatia cahagásica crónica en áreas donde la

infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica. Rev Esp Cardiol; 2007; 60 (3): 285-93.

7 Pinazo MJ, Cañas E, Elizalde. Documento de consenso. Diagnóstico, maneig i tractament de la afecció digestiva en la fase crónica del la enfermedad de Chagas en países no endémicos. Emf Emerg 2010; 12 (2): 95-104.

8 Viotti R, Vigliano C, Lococo B et al. Long-term cardiac outcomes of treating chronic Chagas disease with benznidazole versus non treatment: a nonrandomized trial. Ann Intern Med 2006; 144: 724-734.

9 Generalitat de Catalunya. Protocol de cribratge i diagnòstic de malaltia de Chagas en dones embarassades llatinoamericanes i els seus nadons. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. 29 gener 2010.

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

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

# Possibles responsabilitats derivades de la vasectomia

Podem distingir diferents àmbits en les reclamacions que deriven de les relacions socials i professionals. Des de les que es plantegen i desenvolupen en l'esfera privada i amical, sense generar esquerdes ni trencaments en els lligams afectius, fins a les que transiten seguint els camins institucionals i els tràmits formals establerts públicament.

L'exercici de les professions sanitàries no queda al marge de les possibles reclamacions, especialment quan els resultats dels tractaments aplicats no són els esperats i/o desitjats pels malalts i llurs familiars. La reclamació assenyala el moment en què la relació entre metge i malalt entra en crisi, acaba i es transforma en confrontació, en lluita dialèctica on cada part defensa llurs posicions.

Qualsevol reclamació inclou, en si mateixa, l'exigència de responsabilitats en el sentit de respondre, explicar i justificar els motius d'una actuació i allò que és més important, la imposició de l'obligació d'assumir-ne les conseqüències en forma de reparacions i/o compensacions econòmiques per reparar els perjudicis derivats de l'actuació, en cas que existeixin.

I també podem afirmar sense equivocar-nos que, per norma general, les reclamacions tenen una finalitat restauradora o reparadora i que, per això mateix, no hi ha reclamacions adreçades únicament a una finalitat de millora i/o perfeccionament dels sistemes o del funcionament d'una empresa o d'una prestació.

Per efecte d'aquesta norma general, la recepció de qualsevol tipus de reclamació, però especialment quan es tracta d'una reclamació judicial formal, genera en el receptor una situació d'angoixa i estrès que, d'alguna manera, afecta l'equilibri personal i el desenvolupament de l'activitat professional.

Tenim la percepció que dins l'àmbit de l'activitat sanitària un dels sectors que genera un important nombre de reclamacions és el que està relacionat amb el resultat de les intervencions de vasectomia, gairebé sempre quan es produeix una concepció o una gestació inesperada i no volguda. Per això, i com a primera aproximació, en un intent sistematitzador, es pot dir que les reclamacions (i les responsabilitats) derivades de la realització d'una vasectomia s'agrupen en tres àmbits diferents:

a) L'àmbit relacionat amb la mateixa intervenció. Aplicació defectuosa de



Hi ha reclamacions relacionades amb el resultat de les vasectomies

la tècnica operatòria que fa necessari aplicar tractaments correctors i/o que allarga el procés de recuperació.

Aquí contemplo situacions de danys i perjudicis limitats per l'entorn de la intervenció.

b) La no-obtenció d'un resultat d'esterilització, que és la finalitat prevista i desitjada, i la causa fonamental, determinant, del consentiment del pacient que se sotmet a la intervenció.

Importats de la literatura jurídica anglosaxona, distingim i nomenem diferents tipus de reclamacions relacionades amb les gestacions i els naixements no volguts:

· Wrongful conception i wrongful pregnancy. Noms amb què s'identifiquen

les demandes que presenten els progenitors contra els professionals sanitaris quan es donen casos de concepcions no desitjades.

· Wrongful birth. Amb aquest nom es classifiquen les demandes que presenten les mares quan infanten un nadó amb malformacions, i no desitjat. Generalment, es tracta d'un supòsit d'informació tardana o d'informació errònia durant l'embaràs, que acaba amb el naixement d'un infant amb malformacions. La gestació és volguda, el nadó també, però no amb malformacions.

· Wrongful life. Identifica les demandes del fill contra els pares i els professionals sanitaris pel naixement



amb malformacions.

La sentència del T.S., de l'11 de maig de 2001, fa una explicació detallada d'aquesta classificació. Un exemple paradigmàtic dels dos últims supòsits es va viure a França amb el cas *Peruche*, derivat del naixement el 1983 de Nicolas, un nen sord, cec i amb una important lesió cerebral. Primer els pares van presentar demanda pel naixement amb malformacions i, posteriorment, el mateix Nicolas va reclamar una indemnització pel fet d'haver nascut, a què va donar lloc el TS de França en sentència del 17 de desembre de 2000, després de la qual els legisladors van modificar la normativa per impedir que es presentessin altres reclamacions similars.

c) La causació de danys col·laterals en la intervenció de vasectomia. Com és el cas que contempla la sentència del T.S., del 2 de juliol de 2002, en què indemnitzava una persona que va patir un hematoma testicular i atrofia.

Una recerca en els repertoris de jurisprudència dels darrers anys ens fa adonar que actualment les reclamacions derivades de vasectomia, tot i que se'n trobin, no són pas les més nombroses. A continuació, es relacionen les "darreres" (entre cometes perquè la recerca és personal i alguna es pot haver escapat a la pròpia observació) sentències del TS, amb una breu indicació del seu contingut.

· Sentència, de 25 d'abril de 1994, que condemna a indemnitzar perquè estima que hi va haver negligència mèdica per manca d'informació al pacient.

· Sentència, de l'11 de maig de 2001, que desestima la demanda. El metge va informar correctament.

· Sentència, del 29 d'octubre de 2004, que desestima la demanda. El demandant no ha provat que és el pare del nadó. "L'acció d'indemnització per raó del fracàs del resultat de la intervenció de vasectomia, només pot prosperar si s'ha acreditat que el pacient és el pare del fruit de l'embaràs."

· 08/02/05. Condemna del metge i de l'empresa on treballa per falta d'informació adequada al pacient.

· 23/05/07. Desestima la demanda. S'ha acreditat que el metge va donar informació molt detallada sobre el comportament i les cures posteriors a què estava obligat el pacient.

19/11/07. Condemna a indemnitzar. El metge no va informar sobre la necessitat d'utilitzar anticonceptius fins a la confirmació de l'èxit de la intervenció amb la realització d'una segona anàlisi.

Si fem una anàlisi sistemàtica de les diferents sentències dictades en relació amb la vasectomia, incloses les dels tribunals provincials (que no hem relacionat per no allargar excessivament el text), podem comprovar que hi ha dos

## Hi ha dos elements essencials en les sentències dictades: la necessitat que el reclamant acrediti la paternitat del nadó i la informació detallada del metge en relació amb el comportament a què s'ha de subjectar el pacient després de la intervenció

elements essencials: la necessitat que el reclamant acrediti la paternitat del nadó i la informació detallada, per part del metge, en relació amb el comportament a què s'ha de subjectar el pacient després de la intervenció.

Un resum més extens de les diferents resolucions judicials, tant de les del T.S. com dels tribunals provincials, ens permet fer la classificació següent:

· En relació amb la recanalització dels conductes seccionats en la intervenció.

En general, s'admet, i la sentència de l'Audiència d'Alacant, del 17/04/08, afirma que "la intervenció no garanteix un resultat absolut".

Això comporta l'obligació del metge d'informar el pacient que hi ha una possibilitat, propera i llunyana, de recanalització.

· Sobre la necessitat d'un segon espermiograma.

No hi un criteri unànim i la jurisprudència està dividida. La STS del 19/11/07 ho considera necessari, i amb el mateix sentit, la de l'Audiència de Sevilla del 13/12/04 i la de l'Audiència de Guadalajara del 18/06/08.

Però la STS del 23/05/07 no comparteix el criteri i considera que en el supòsit estudiat hi va haver un error en l'anàlisi.

· Sobre la necessitat de provar la paternitat de la criatura engendrada per la mare.

La jurisprudència és unànime, en el sentit que desestima les demandes que no l'acrediten (STS, 29/10/04, i Audiència de Sevilla 20/01/09).

· Sobre el contingut de la informació que s'ha de donar al pacient.

Prèviament a la intervenció, cal informar que és possible que no s'aconsegueixi el resultat desitjat.

Hi ha unanimitat jurisprudencial reiterada sobre l'obligació d'informar detalladament en relació amb les atencions, activitats i precaucions que el pacient

ha de seguir, i que ha de realitzar (Ss T.S. del 25/04/94, 11/02/97, 27/04/97, 08/02/05, 23/05/07).

Cal informar de la possibilitat de recanalització (Audiència de Guadalajara 18/06/08, i d'Alacant 17/04/08).

Deixant a banda els supòsits de mala pràctica en la realització de la intervenció, en les reclamacions que tenen per fonament el fracàs d'una vasectomia acreditat per una gestació posterior no volguda, veiem com la informació es configura com a element determinant. Tant pel que fa a la informació prèvia a la intervenció, com la relacionada amb les pautes a què s'ha de subjectar el pacient en el seu comportament posterior. Aquesta informació, que es donarà oralment, cal que quedi recollida per escrit, i que es conservi en l'històric clínic.

Finalment, i per completar l'anàlisi del tema, podem intentar sistematitzar el diferents motius que s'han explicat en la presentació de les demandes per vasectomia fallida. En aquest àmbit trobem les que podem agrupar en els apartats següents:

· Negligència professional del metge (STS, 29/10/04).

· Manca d'informació sobre la possibilitat que l'esterilització no sigui definitiva (STS, 25/04/94).

· No informar sobre la necessitat d'un segon espermiograma sis setmanes després de la intervenció (STS, 19/11/07).

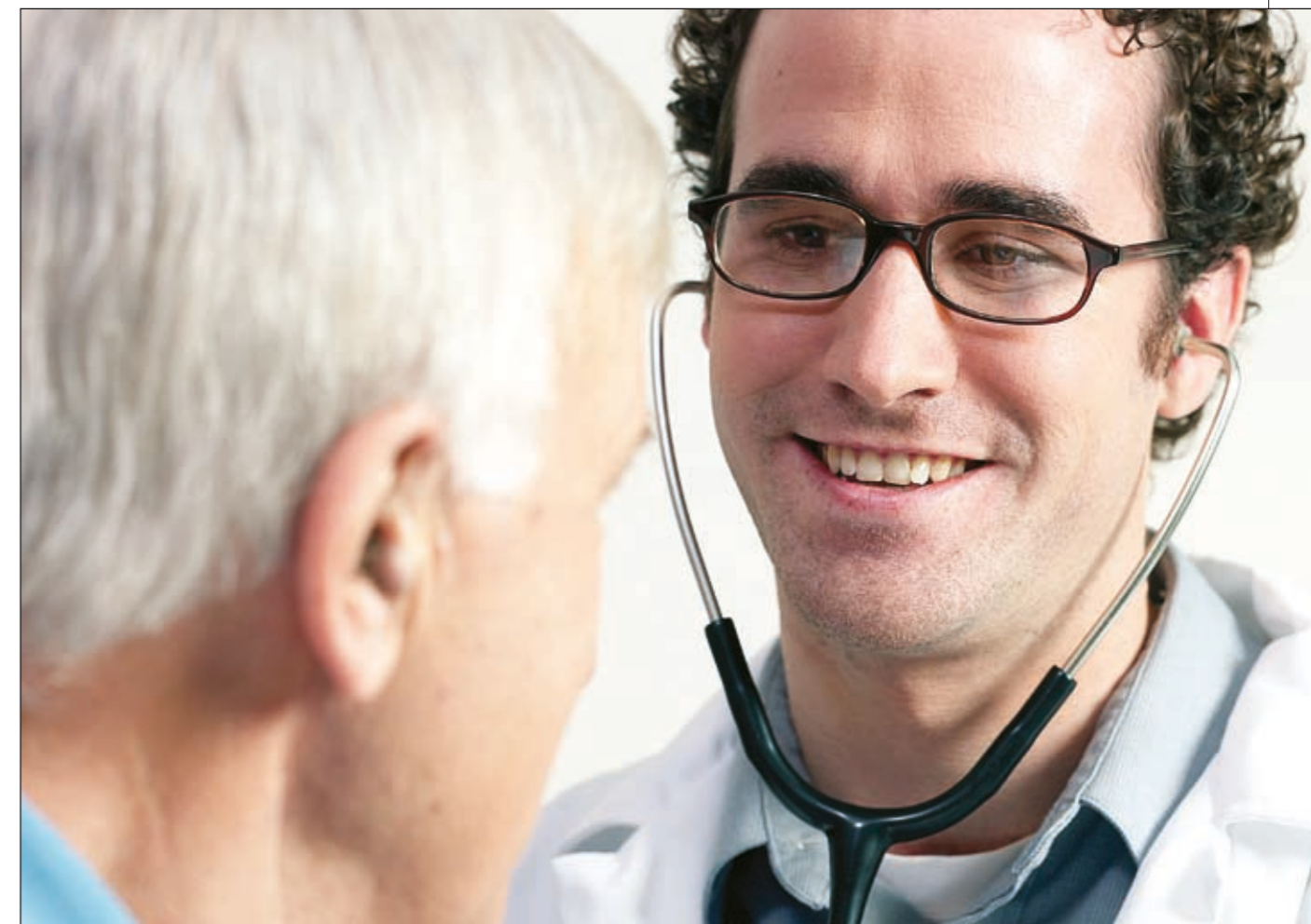
· Reclamació d'indemnització per atendre les despeses dels fills nascuts després de la intervenció i els perjudicis imprevistos (supòsit mes nombrós), Ss.T.S. 25/04/94, 08/02/05, 23/05/07, 19/11/07. Audiència d'Albacete 30/10/02.

· Incompliment del contracte d'obra (Audiència d'Alacant 17/04/08, que desestima la demanda).

Els resultats de l'estudi que exposem ens poden servir de guia per esforçar-nos a no cometre els mateixos errors que han portat a sentències amb declaració de responsabilitat i imposició de l'obligació d'indemnitzar. Però també hem de tenir present que en el resultat final d'una reclamació judicial hi intervenen molts factors, des de la forma en què hom planteja la reclamació, les proves que presenta cada part i el comportament de demandant i demandat durant el procés, fins a la percepció de les consens i la sensibilitat personal d'aquells que han de decidir sobre la reclamació presentada.

No hi ha dos supòsits iguals, malgrat que tots siguin semblants, per això crec que és més important esforçar-se en el compliment acurat de les normes professionals i no viure sempre pendent i angoixat per una hipotètica responsabilitat.

J. Corbella i Duch  
Advocat



La malaltia ocasiona angoixa i inseguretats i és molt important que el metge ho tingui en compte

## RELACIÓ D'AJUT AMB EL MALALT I EL FAMILIAR

# La millor manera de relacionar-se entre metge i malalt

La salut és un bé molt valorat per la gent. En el nostre estat del benestar actual es tolera malament estar malalt i/o tenir discapacitats. La malaltia ocasiona angoixa i inseguretats. És molt important tenir-ho en compte quan el metge atén un malalt i els seus familiars, ja que de la impressió que aquests obtinguin d'ell o d'ella dependrà la confiança que hi dipositin i influirà en el resultat global de la qualitat de l'atenció sanitària.

La malaltia no la tenim a l'agenda, ens arriba com una agressió, de manera que s'ha d'anar integrant en la vida del malalt, i això es fa per fases. Hem

La malaltia no la tenim a l'agenda, ens arriba com una agressió que s'ha d'anar integrant en la vida dels malalts, i això es fa per fases. Hem de saber en quina es troba el malalt

de saber en quina fase del procés d'acceptació de la malaltia es troba el malalt per poder ajudar-lo.

Quan consulta el metge, el malalt està preocupat pels símptomes que té, desitja que en poques proves li digui que no té res important i que es curarà i tornarà a la vida d'abans. Si el diagnòstic es retarda o és una malaltia greu, el malalt pot desconfiar del metge i negar el diagnòstic. Aquesta és la primera fase psicològica: la negació de la malaltia. Encara és pitjor si es tracta d'una troballa en una revisió sense quasi símptomes, "l'agressió" aleshores pot venir del metge que dona la mala notícia i, per tant, s'ha de saber donar molt bé.

La segona fase és la de la rebel·lia: enuig per no aconseguir la restitució de la salut i les forces d'abans. Els acompanyants pateixen el mal humor. Culpa tothom, inclòs el metge si no el cura aviat; ningú li fa bé les coses. No està per històries. En aquesta fase la relació clínica es fa molt difícil. No s'ha de caure en la trampa de sentir-se agredit i contestar amb una altra agressió, un rebuig, un gest d'enuig, que el malalt sensible descobreix fàcilment i aleshores perd la confiança en nosaltres.

La fase següent del malalt és la de negociació: en continuar el procés de





Una manera de relacionar-se entre metge i malalt és amb empatia

que abans era ple fins que s'esgoti." Com és fàcil de comprendre, no és el mateix anar a visitar un malalt i trobar-lo en una fase o en una altra, de manera que caldrà un abordatge de la visita molt diferent. Així mateix, cal preparar-se per a qualsevol tipus de visita.

Una manera de relacionar-se entre metge i malalt és amb empatia, que cal aconseguir ràpidament des de l'inici de la visita, especialment pel temps limitat que tenim per atendre'l. L'empatia és una disposició essencial per tractar amb les persones malaltes. Es tracta de posar-se a la seva pell, escoltar i comprendre les seves vivències, pensaments, pors, sofriments, la seva manera de veure la vida. Aleshores pots començar a construir un relat i ajudar que prengui el lideratge de la seva vida en la seva nova situació de malaltia, minusvàlida o discapacitat.

S'han de saber fer les preguntes adequades, utilitzar bé els silencis, guanyar-se la confiança del malalt i la família, intuir amb les respostes, la posició i l'actitud adequades per no afegir problemes, neguits, sofriments; cal saber estar i respondre adequadament.

S'ha de poder permetre a la persona entrar en contacte amb els seus propis sentiments, expressar-los, guanyar confiança en ella mateixa i ajudar-la a prendre les decisions adequades respecte a la seva pròpia vida, de la mateixa manera que s'ha d'intentar no caure a moralitzar-la.

Hem d'ajudar que utilitzin els seus propis recursos per afrontar els seus problemes, sense actituds de sobreprotecció ni autoritarisme.

Amb la visita hem d'intentar crear un clima de confiança i començar un diàleg amb el malalt que li permeti aclarir-se sobre la seva pròpia persona i els seus propis problemes, alliberar-se i trobar recursos per resoldre els seus conflictes, tot activant sempre la seva iniciativa i responsabilitat, i promovent un canvi constructiu en la mentalitat i el comportament. Cal impulsar el malalt i remetre'l a alternatives i possibilitats desateses. Si creiem que el malalt ha de canviar, hem de fer-li trobar raons importants per fer-ho i durar. L'impuls per al canvi ha de venir de dins de la persona.

S'ha d'aconseguir que el malalt tingui una actitud positiva vers la malaltia, que l'integri en l'experiència, que accepti les limitacions de la malaltia i aclarir les situacions que el fan patir, resoldre conflictes morals que puguin sorgir o augmentar per la malaltia i estimular la seva lluita contra aquesta, sense deixar-se abandonat.

Per ajudar el malalt hem de caminar junts, fer junts el seu camí: establir una relació de confiança, pacte i gratuïtat a través de la comunicació i el diàleg.

S'han d'aprendre les tècniques de l'empatia, ja que cal una formació

integral. Descriuré breument aquestes tècniques que podeu trobar en llibres específics.

En primer lloc, s'ha de treballar sobre un mateix: conèixer els propis recursos i obstacles, respondre a la pròpia pregunta sobre la identitat. No s'han de projectar sobre el malalt les seves pors, necessitats i sentiments, tot manipulant els altres per excessiva preocupació per resoldre els problemes o mantenir una distància defensiva quan les dificultats evoquin problemes propis no resolts.

Hem d'integrar les dimensions següents: corporal —el propi cos—, intel·lectual —comprendre's a si mateix i el món—, la dimensió emocional —identificar els propis sentiments per evitar frenar els del malalt que considerem negatius, evitar les màscares que impedeixen la comunicació

Cal acceptar que flueixin els sentiments per conduir-los segons els propis valors; si acceptem agressivitat o angoixa en nosaltres, podrem assumir-ho i no impedirà la relació d'ajut social (sentir-se integrat socialment en la comunitat) i espiritual i religiosa —viu les preguntes, ja que sense saber-ho ja estàs elaborant les respostes.

Hem de saber les nostres motivacions per dedicar-nos a la medicina. S'han de purificar les motivacions. Hem de prendre consciència del nostre

estat d'ànim i acceptar-lo, integrar els nostres sentiments i saber expressar-los. Integrar la pròpia mort.

Hi ha unes actituds fonamentals per a la relació d'ajuda que són la comprensió empàtica, la consideració positiva o acceptació incondicional i la congruència o autenticitat.

#### Comprensió empàtica

L'empatia és sentir-se comprès i, per això, s'ha de transmetre comprensió. S'ha de poder posar-se en la seva situació existencial, rebre i comprendre els estats emotius del malalt.

La comprensió empàtica produeix en el malalt sentiments i experiències rellevants, estimula l'autoexploració, l'autoconfrontació i la transformació constructiva dels interlocutors.

#### Consideració positiva

S'ha de tenir una consideració positiva del malalt: acceptar sense condicions el seu passat, present i futur, sense reserves ni judicis de valor. Fiar-se de l'altre encara que ens puguem equivocar. Descobrir com de valuós és el malalt perquè aquest se senti acceptat i segur.

D'aquesta manera, l'ajudem a l'autoacceptació per aprofundir en si mateix, trobar-se amb el seu ésser més íntim on establir una relació sana amb Déu.

#### Autenticitat o congruència

És la coherència entre el que una persona sent, viu i expressa. És la

capacitat de ser un mateix. Integra experiència, consciència i comunicació. No s'han de comunicar al malalt tots els sentiments, s'han de discernir guats pel desig de fer créixer la relació.

Per relacionar-se empàticament s'han de tenir les destreses següents:

#### 1. Atendre i escoltar

Atenció física, observació i escolta. Comunicació no verbal. Observar el malalt. El que diu i com ho diu ens manifesta com es veu ell i com percep el món que l'envolta. No només recollir "mecànicament" amb anamnesi les dades essencials del malalt, sinó també demostrar el nostre interès per ell.

No canviar la conversa quan comença a obrir-se en els seus neguits, encara que ens sembli que no tenen una raó objectiva, no tallar-lo; reconduir-lo a poc a poc a partir de no negar els seus sentiments i pors, fet que farà que se senti comprès. Tanmateix, per a això s'ha de tenir temps. Hem de seleccionar els malalts als quals dedicarem més temps segons les seves necessitats. L'escolta activa és avaluable.

#### 2. La destresa de respondre i confrontar en el diàleg

Escoltar és difícil, respondre també. No caure en la resposta per mirar de resoldre els problemes de l'altre, sinó trobar la resposta tot buscant junts, raonant junts, comprenent junts, )))

))) la malaltia el pacient pot entrar en una fase de cercar un pacte per a la seva curació: amb Déu si és creient o amb la societat o la muller o el marit, etc. "No tornaré a fumar, a beure, etc.", o pregaré a una verge concreta o al Sant Crist."

La quarta fase és la de la depressió: li falla la pregària i li falla la promesa. Aleshores pot caure en la depressió. Pensa que no val la pena viure així, està trist. Ens pot dir que ja ha canviat els hàbits no saludables i que encara no nota la millora, situació que el fa desesperar. Podria ser que ens demani que acabem aviat amb ell, que vol que l'ajudem a morir. Hem de saber respondre empàticament i ajudar el malalt a passar a la fase següent, la d'acceptació: superades les altres fases i un cop madurat, el malalt accepta la malaltia i la nova situació, així com la proximitat de la mort si és el cas. Pot ser passiva: "Ves quin remei em queda, tothom ha de morir!" O pot ser acceptació activa: "Aprofito el temps que em queda, aprofito les potencialitats que tinc a favor de la resta, poso en ordre la meua vida, em preocupo dels altres, aprofito l'aigua que em queda del got

L'empatia és una disposició essencial per relacionar-se amb el malalt. S'ha de saber fer les preguntes adequades, utilitzar bé els silencis, guanyar-se la confiança del malalt i la família, intuir amb les respostes la posició i l'actitud adequades per no afegir-hi problemes, neguits i sofriments; cal saber estar i respondre adequadament

FERRERUELA  
CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant  
De dimecres a dissabte: migdies i vespres  
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com



III contrastant les diferents possibilitats i ajudant a descobrir junts els recursos que es poden mobilitzar. De vegades les paraules senzilles ajuden més i són les més difícils de formular.

Hi ha diferents tipus de resposta: de valoració o judici moral, és a dir, donar l'opinió sobre el que ha explicat el malalt pot fer-lo sentir inferior i amb sentiments d'angoixa; interpretativa, sobre un aspecte del relat del malalt es dóna l'opinió, fet que pot fer-lo sentir incompès en veure llegida la seva experiència amb criteris no propis; de recolzament o consol, és a dir, referir-se a una experiència comuna que minimitzi i desdramatitzi la del malalt, ja que es tracta de paternalisme o maternalisme que afavoreix la regressió i la dependència o, contràriament, negar-se a ser tractat per pietat; d'investigació, tot fent preguntes obertes per aprofundir i evitant un interrogatori; de solució del problema, tot proposant la solució immediata per sortir de la situació, el mètode i el camí, donant consells. No satisfà en venir de fora o es veu en l'obligació de seguir-lo. En canvi, la resposta empàtica és escolta activa, reformulació.

La resposta de reformulació: captar el que el malalt ens diu, verbalment i no verbalment i comunicar-li, tornar-li com un mirall, sense afegir-hi valoracions ni solucions. Pensar amb ell, no en ell. Reformular els conceptes expressats pel malalt i subratllar-los, tot verbalitzant els sentiments. És anar portant el malalt a ser ell el responsable del procés global de la comunicació, de les pròpies decisions i de la seva vida sencera, i donar la certesa que ha estat comprès. Massa vegades el malalt només vol que l'escoltis, no que li facis sermons. Necessita també la confrontació.

### 3. La confrontació

Ajudar a descobrir els recursos interns i externs per afrontar una situació de sofriment, adaptar-se de manera serena i viure en comunió amb les seves creences o amb sintonia amb els seus propis valors, o de nous proposats deguts a la malaltia.

Incita el malalt a una anàlisi més profunda, tenir en compte sentiments i pensaments abans rebutjats; fer-li veure la discrepància entre el seu pensament i sentiment, o entre les seves paraules i obres. L'ajuda a prendre postura quan eludeix els problemes i l'ajuda a veure les coses tal com realment són si el malalt les deforma.

És una crida a la pròpia responsabilitat de la persona ajudada. Sempre després de la comprensió i de la confiança o, en cas contrari, es cau en el moralisme. Es confronta tot el que creiem que és incorrecte de l'altre i que li fa mal.

### 4. La destresa de personalitzar, concretar i especificar

Interessa que el malalt faci seu el



Hi ha diferents tècniques per ajudar les persones malaltes

En utilitzar la destresa de personalitzar, interessa que el malalt faci seu el problema propi, que no ho vegi com quelcom fora del seu control, extern, a causa de circumstàncies ambientals externes; que analitzi el seu grau de responsabilitat en el problema, el seu control sobre ell, la seva pròpia capacitat, i, finalment, el grau en què desitja realísticament superar-lo

problema propi, que no ho vegi com quelcom fora del seu control, extern, a causa de circumstàncies ambientals externes; que analitzi el seu grau de responsabilitat en el problema, el seu control sobre ell, la seva pròpia capacitat, i, finalment, el grau en què desitja realísticament superar-lo.

S'ha d'evitar l'abstracció i la sola racionalització en les respostes que donem, de forma separada dels sentiments i experiències del malalt. Hem de ser precisos i ajudar el malalt a ser-ho, a focalitzar i resumir en una paraula o frase el que vol expressar. Les preguntes han de ser les necessàries i ser formulades de forma oberta. Cal fer frases en primera persona, i no en tercera per generalitzar.

### 5. Destresa d'iniciar

Iniciar és trobar una orientació de vida capaç de donar significat positiu a l'existència. Per fer-ho, s'ha d'establir un objectiu general i uns objectius específics, identificar els recursos disponibles, examinar els avantatges i inconvenients de les diferents possibilitats, proposar-se terminis concrets i verificar i avaluar periòdicament com ha funcionat. Preguntar: qui, què, on, com, quan i per què.

### 6. Destresa de l'autorevelació

Disposició de comunicar experiències pròpies, sentiments, idees, etc.,

sempre que serveixin eficaçment per a la relació d'ajut al malalt; és part terapèutica, millora la confiança, etc. S'ha de ser genuí i congruent.

### 7. Destresa de la immediatesa

Capacitat d'ajudar el malalt a prendre consciència de la manera com viu la relació amb el professional de la salut en un moment determinat. L'objectiu és que el malalt prengui consciència de com es relaciona amb els altres i que ha de canviar si no ho fa bé. Evita que l'interlocutor visqui les visites com quelcom separat de la seva vida real.

### Resum

El problema és que la majoria de metges no tenim prou temps per completar una bona relació d'ajut amb el malalt. Sempre que es pugui, convé traslladar en altres agents de la salut aquesta relació amb el malalt per seguir el procés d'empatia. La medicina és treball en equip i donar una assistència de qualitat requereix una atenció interdisciplinària, transprofessional. Seria desitjable en molts casos comptar amb un psicòleg, però, si es té, no hem de passar per alt aquests aspectes vitals del malalt i comportar-nos exclusivament com tècnics o màquines de curar; si no es té, com succeeix quasi sempre, és més important que prioritzem i, com deia Lain Entralgo, "el metge ha d'establir amb el malalt una relació d'amistat".

Nosaltres, els metges, com a directores de l'equip, hem de tenir suficients coneixements, habilitats i actituds per donar-li una atenció integral. Per això, és útil que coneguem i apliquem aquestes aproximacions vitals al malalt i als familiars, i les tècniques de la relació d'ajut que utilitzen altres agents de la salut, inclosos voluntaris, que les coneixen per mirar d'aprofitar-nos-en per a la millora de la salut del malalt, així com del nostre propi benestar.

Dr. Joan Viñas

Cirurgia i ex rector de la UdL

### BIBLIOGRAFIA

- Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Ed. Paidós. Barcelona 1989
- Bermejo JC. Relación pastoral de ayuda al enfermo. Ed. San Pablo 1993.
- Brusco A. La humanización en el mundo de la salud. Ed. Selare. Bogotá. 1988
- Pangrazzi A. El mosaico de la misericordia. Ed. Sal Terrae. 1989
- Marchesi P.L. Por un hospital más humano. Ed. Paulinas. Madrid. 1989.
- Covey S. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Ed. Paidós. 1989
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Ed. Herder 1990
- Kübler-Ros E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona 1993.
- Lain Entralgo P. El médico y el enfermo. Ed. Tricastela. Madrid. 2003.

¿Vacaciones humanitarias?


Si eres de los que disfrutas tus vacaciones llevando salud donde más la necesitan... nosotros tenemos algo esencial para ello, medicamentos de calidad a precio de coste.

FARMA MUNDI FARMACÉUTICOS FARMACÉUTICOS HUMANITARIOS

ALH ASOCIACIÓN LOGÍSTICA HUMANITARIA

DISTRIBUIDOR INTERNACIONAL NO LUCRATIVO DE AYUDA SANITARIA DESDE 1997 tel. 963 18 64 34 alh@farmamundi.org www.farmamundi.org





# 4,5%\*

## d'interès tècnic anual garantit



De metge a metge

### AMB EL MUTUALISME TOTS GUANYEM

Mutual Mèdica s'ha consolidat com a referent dels metges en la seva previsió social. Ara també en la dels seus familiars i companys de professió, per això oferim l' ASSEGURANÇA DE JUBILACIÓ COMPROMÍS, per a que tots es beneficiïn de pertànyer a la mutualitat de previsió social dels metges.

Gaudeixi ara:

- Un 4,5% d'interès tècnic garantit\* el primer any i un 2,5% a partir del segon any fins a la seva jubilació.
- Augment del capital garantit per la participació anual en beneficis a partir del segon any.
- Possibilitat de cobrar en forma de capital o renda, creixent anualment.

I a més , amb una desgravació fiscal de fins al 100% en l'IRPF.

\*Interès tècnic garantit el primer any, sense participació en beneficis i fins a esgotar l'emissió.