

L'equip de Neurologia de l'HUAV obté l'acreditació docent



Protecció Asseguradora Integral Professional



La teva solució professional

La nostra experiència en el sector assegurador sanitari ens permet oferir el millor assessorament integral per a tu, el teu consultori i els teus col·laboradors.

- Multirisc de la clínica o consultori.
- Responsabilitat Civil per a Administradors i Directius (D & O).
- Responsabilitat Civil Professional per a Societats Mèdiques.
- Cobertura de Responsabilitat per Protecció de Dades.
- Assegurances col·lectives per als treballadors.
- Assegurança de baixa diària per a metges.

Informa-te'n al teu Col·legi
o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

MEDICORASSE, Corredoria d'Assegurances. NIF A-69-488220. DGS, càrrec J-928. Polissa de responsabilitat civil i avul d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

BUTLLETÍ mèdic

Número 92, gener del 2012

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

Consell de Redacció:

Tomàs Alonso Sancho
Mireia Armengol Gay
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
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 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

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

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

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

EDITORIAL

Acreditació docent per a Neurologia de l'HUAV

El Ministeri de Sanitat ha inclòs el Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) entre els serveis acreditats per impartir docència de MIR. És una bona notícia per al servei i per a l'hospital, però també per als professionals que treballem a la Regió Sanitària Lleida. Els nostres pacients i estudiants seran atesos en un servei que compleix els exigents criteris de qualitat que l'han dut a assolir aquesta fita. I també és una bona notícia per als ciutadans que, en cas de requerir atenció neurològica, disposen d'un servei de prou qualitat per formar especialistes.

L'acreditació per a la docència és un procediment que, com tots els relacionats amb el procés de formació d'especialistes (genèricament sistema MIR), el sistema sanitari espanyol es pren amb una seriositat i rigor que l'han dut al reconeixement internacional. Per tal d'assolir-la, cal demostrar, a més de dimensions i recursos, uns nivells d'activitat, competència i organització que molts serveis hospitalaris en centres mitjans, i fins i tot grans, estan lluny de poder exhibir. Per tant, obtenir l'acreditació representa un indubtable indicador d'excel·lència i una garantia d'atenció de primera línia.

La docència MIR en Neurologia suposarà, a més de l'indubtable estímul de millora que l'activitat docent aporta a un servei i a uns professionals, la possibilitat de cursar l'especialitat prop de casa i de la família per als estudiants de Lleida. I suposarà també l'increment de la plantilla amb els generalment molt motivats residents, que suposen una aportació quantitativa i qualitativa important en el dia a dia d'un servei.

BUTLLETÍ MÈDIC felicita tots els professionals del servei i l'HUAV per l'assoliment de la fita. Tota la professió mèdica de Lleida reconeix que aquesta és, indubtablement, una notícia molt positiva en uns moments difícils i complexos per als professionals de la salut i per a la ciutadania.

SUMARI

Debat sobre la feminització de la professió mèdica

Articles d'opinió de les doctores Artigues, Martí, Pascual i Pérez, i dels doctors Bonis, Capacet i Ribera.

10)))

Un cas de deontologia mèdica

Les doctores Marquet, Batalla, Bellés, Morató i Roig, membres de la Comissió de Deontologia del COMLL, exposen un cas de deontologia mèdica.

31)))



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 20 de desembre de 2011 i 10 de gener de 2012, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes:

- Una representació col·legial va assistir els dies 25 i 26 de novembre, a Sitges, a una sessió informativa i de presentació del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Representants de tots els àmbits sanitaris van assistir a la trobada.

- El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i el Col·legi Oficial de Metges de Lleida han signat un acord per a la implantació de la finestra única, que significa la cessió d'ús de programari, de prestació de serveis de TIC i de l'encarregat del tractament de dades de caràcter personal

- La Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball ha variat la composició de la seva Junta de Govern. Ha nomenat secretària la Dra. Lourdes Villarte Farré i vocal la Dra. Assumpció Piñol Morera.

- Diversos col·legiats han mostrat el seu interès per constituir una Secció Col·legial de Metges Cooperants.

- Nomenament de nova Comissió de Deontologia Col·legial formada pels doctors Jacint Cabau Rúbies, Alfred Dealbert Aguilar, Maria Lluïsa Madrid Valls, Emilio Maestre Mir, Ana B. Vena Martínez i Montserrat Esquerda Aresté. S'ha agraït als membres sortints la tasca desenvolupada i la seva disposició.

- Concessió del X Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'associació

Misión y Desarrollo para Goundi pel seu projecte de manteniment de l'interinat per a estudiants del darrer curs de la Facultat de Medicina de l'Hospital de Walia, N'Djamena, a la República del Txad. Han participat en aquesta edició del premi set candidats.

- Quotes col·legials: la quota col·legial per al 2012 s'estableix en 84,92 € per

Nombre de metges col·legiats a 31/12/2011

	TOTAL	HOMES	DONES
Menors de 35 anys	284	76	208
De 35 a 44 anys	381	142	239
De 45 a 54 anys	515	268	247
De 55 a 64 anys	330	244	86
De 65 a 69 anys	71	59	12
De 70 anys i més	112	109	3
Total	1.693	898	795

Nombre de metges col·legiats segons la seva situació laboral

	TOTAL	HOMES	DONES
Col·legiats no jubilats	1.534	758	776
Col·legiats jubilats	159	140	19
Total	1.693	898	795

col·legiat i trimestre, sense cap variació respecte a la del 2011. El detall és el següent: quota del Consejo General, 50,00 €; quota del Col·legi de Lleida 11,15 €, i aportació a finalitats socials 11,15 €. Per a les societats professionals, la quota trimestral s'estableix en 61,15 €, també sense variació.

- Una comissió col·legial es va reunir el 30 de desembre amb el Dr. Antoni Mateu, delegat territorial del Departament de Salut, per tractar aspectes de sanitat a la demarcació de Lleida. Es va acordar mantenir reunions periòdiques entre ambdues institucions per tractar temes d'interès mutu.

Moviment col·legial dels mesos de novembre i desembre de 2011

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat tres altes durant els mesos de novembre i desembre de 2011: María Pilar Yanguas Ramírez, Adrián René Poumeyrol, Jorge Luis Ruiz Socarras, Yana Matlayeva i José Ignacio Torrero Muñoz.

El Col·legi ha registrat tretze baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de novembre, figura la del Dr. Josep Joan Montañola Baiget, que ho ha estat per defunció, i entre les del mes de desembre, la defunció del Dr. Abundio Egido Vicente.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a la condició de col·legiats honorífics els doctors José Luis Barco Abán, José Luis Soares Calzada, Fernando Sáez Aragónés i Antonio Massó Badía.

econòmics, que han de ser presents en la presa de decisions.

El Dr. Joan Lluch va aprofundir en l'atenció als pacients en el camp de la discapacitat i el Dr. Josep Ramos va parlar dels dilemes ètics en el camp social. En paraules seves, "el primer i fonamental principi ètic és el de la dignitat de la persona. Del llatí *dignus*, que significa valuós i es refereix al valor intrínsec que posseïxen tots i cada un dels éssers humans, independentment de la seva situació o condició econòmica, cultural, de les seves creences o ideologia, i independentment de la seva condició de salut, de la seva capacitat d'autonomia o fins i tot de la seva condició moral".

Les jornades van comptar també amb casos pràctics i espai de debat entre tots els participants.

Dra. Montse Esquerda

Acreditación docente en Neurología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

La Comisión Nacional de Neurología ha concedido la acreditación docente a la Sección de Neurología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, que reconoce su capacidad para desarrollar el programa oficial de la especialidad en sus aspectos teóricos y prácticos cumpliendo los requisitos cada vez más estrictos establecidos por dicha Comisión. Este reconocimiento culmina un largo proceso burocrático, altamente competitivo, que requiere la demostración de la capacidad personal y material para la formación de neurólogos con todas las garantías.

Nuestro Departamento de Neurología, por su pertenencia a un hospital universitario que transmite conocimientos y promueve activamente la inves-

tigación, ya estaba comprometido en la formación de especialistas vía MIR y vinculado con la docencia pregrado en la Universidad de Medicina de Lleida. La formación postgraduada de futuros neurólogos empezará en 2013, con acreditación para la formación de un residente anual. La prioridad asistencial en su formación no debe descuidar la investigación aprovechando el desarrollo alcanzado en los últimos años en diversas áreas de la Neurología en nuestro centro.

A lo largo de los últimos años se ha consolidado en el área sanitaria de Lleida un equipo de neurólogos con formación en áreas de capacitación específica como el ictus, patología del sueño, neurodegenerativa (demencia y

trastornos del movimiento), esclerosis múltiple, epilepsia y patología del sistema nervioso periférico con conocimientos en técnicas diagnósticas y en procedimientos terapéuticos específicos e integrados en procesos complejos como el Código Ictus.

La evolución de la Medicina hacia una complejidad creciente ha disgregado las neurociencias que deben recuperar su condición agrupada en los aspectos de docencia e investigación para una formación integral del neurólogo. Aspiramos a formar especialistas que recuperen para la Neurología su condición de especialidad diagnóstico-técnica capacitándolos para la interpretación de estudios complementarios realizados por ellos mismos y capaces de dirigir y/o controlar todas las terapias con objeto de garantizar una asistencia neurológica integrada y de calidad.

Finalmente, la implicación en este proyecto del Hospital de Santa María ha sido determinante para conseguir nuestro objetivo y paralelamente aumentará el grado de cooperación y complementación de los profesionales de ambos centros, así como la consolidación de una estrategia sanitaria territorial para la Neurología que aborde con un plan conjunto los importantes retos que nos esperan en el ámbito de las neurociencias.

II Simpòsium de Tractament d'Inducció en Càncer de Pulmó al març

El Servei d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) organitza el II Simpòsium de Tractament d'Inducció en Càncer de Pulmó, que tindrà lloc el proper 1 de març sota la coordinació del Dr. Diego Márquez. La conferència magistral anirà a càrrec del Dr. Giorgio Scagliotti, d'Oncologia Toràcica de l'Hospital Sant Luigi d'Orbassano. El simpòsium se celebrarà al Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera de Lleida.

El primer tema que s'abordarà serà la posada al dia en l'estat de l'art, que coordinen els Drs. Manuel Trigo, d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Virgen de la Victoria de Màlaga, i el doctor Manuel Dómene, d'Oncologia Mèdica de la Fundació Jiménez Díaz de Madrid. En aquest apartat, hi haurà intervencions sobre les novetats en quimioteràpia i radioteràpia neoadjuvant i l'actualització de les tècniques de radioteràpia aplicables a la neoadjuvència.

Posteriorment, s'examinarà la toxicitat del tractament d'inducció, que coordinen la Dra. Noemí Reguart, d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Clínic de Barcelona, i la Dra. Catalina Vadell, d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Son Llàtzer de Mallorca. Les intervencions programades inclouran el secundarisme de les

radiacions a llarg i curt termini, les principals complicacions quirúrgiques i el maneig de la pneumonitis i de l'esofagitis radica.

La Dra. Laura Romero, de Cirurgia Toràcica de l'Hospital de la Vall Hebron de Barcelona, i el Dr. Christian Rolfo, d'Oncologia Mèdica de la Clínica Rotger de Palma de Mallorca, són els

encarregats de coordinar les aportacions al tercer tema sobre la importància de l'equip multidisciplinari. Els ponents parlaran sobre les comissions de tumors toràcics, els criteris d'inoperabilitat i la coordinació després de la neoadjuvència.

L'últim tema del simpòsium serà sobre les controvèrsies i estarà coordinat per la Dra. Sefa Terrasa, d'Oncologia de l'Hospital Son Espases de Mallorca, i el Dr. Óscar Juan, d'Oncologia Mèdica de l'HUAV. Es preveuen intervencions sobre la teràpia sistèmica personalitzada i la neoadjuvència, la durada ideal del tractament d'inducció i el vessament pleural en càncer



Crònica de les XXVI Jornades de Bioètica

Les XXVI Jornades de Bioètica van tenir lloc els dies 25 i 27 d'octubre a la Facultat de Medicina de Lleida. Les jornades van repassar diferents aspectes ètics d'actualitat en el camp de les professions sanitàries a través de les intervencions de diferents ponents. Cal destacar la nombrosa assistència, principalment d'estudiants de Medicina.

La conferència inaugural va comptar amb una brillant exposició del Dr. Albert Oriol Bosch, catedràtic emèrit de Fisiologia i president de la Fundació Educació Mèdica. Va aprofundir en la comprensió de les professions sanitàries, la seva evolució, el seu passat, el seu present i el seu futur. El Dr. Oriol va emfatitzar que significa ser professional sanitari, que n'espera la societat i les implicacions dels

sistemes educatius per formar els nous professionals, entenent l'educació com a transformació.

A continuació, la professora Núria Terribas, directora de l'Institut Borja de Bioètica, va presentar una interessant reflexió sobre *Les lleis sobre el final de la vida... Tot s'ha de legislar?*. Durant la ponència, va informar de l'actual legislació i d'aspectes importants que cal tenir en compte en el debat sobre l'atenció al final de la vida.

El Dr. Joan Viñas va parlar de la presa de decisions, de com es construeixen sistemes sanitaris justos i de les dificultats dels criteris de distribució de recursos escassos en aquests moments de crisi. Si bé és cert que un sistema just no es pot permetre malgastar recursos públics, ho és també que hi ha altres factors, no



Presentació d'una de les ponències al curs

Más de 200 personas asistieron al curso de insuficiencia cardiaca

El curso de formación continuada *Allò que no hem d'oblidar en el maneig integral de la insuficiència cardíaca* se celebró el pasado 18 de noviembre en el salón de actos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV). El acto fue organizado por el Servicio Territorial de Cardiología bajo el patrocinio y la acreditación de la Sociedad Catalana de Cardiología.

La sesión contó con una gran asistencia y se contabilizaron más de 200 inscripciones. Se dividió en cuatro mesas redondas presentadas y moderadas por especialistas locales en Medicina de Familia, Medicina Interna y Cardiología. Los ponentes fueron figuras relevantes en cada una de las diferentes materias abordadas. Todas las presentaciones tuvieron gran interés y suscitaban animados debates entre ponentes, moderadores y audiencia.

En primer lugar, intervino el Dr. Félix Pérez Villa, del Hospital Clínic de Barcelona, quien actualizó los datos de la literatura e hizo importantes aportaciones personales sobre las últimas novedades farmacológicas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. Resaltó la importancia de conseguir el control basal de la frecuencia cardiaca, en primera instancia con las dosis apropiadas de betabloqueantes. Este control se cifra en conseguir una frecuencia cardiaca en reposo inferior a 70 latidos por minuto. Cuando no

La sessió es va estructurar en quatre taules rodones

es factible con los betabloqueantes, la ivabradina es una buena alternativa, como han demostrado los resultados del estudio SHIFT. A continuación, el Dr. Pérez Villa destacó los resultados del EMPHASIS-HF, en los que la eplerenona en pacientes con insuficiencia cardiaca en una fase más precoz (clase funcional II) demostró una importante reducción de la mortalidad y necesidad de hospitalización. Seguidamente, el Dr. Pérez Villa realizó un interesantísimo análisis en el que se descartó la posibilidad de admitir un efecto de clase entre eplerenona y espirolactona, de tal manera que cada una de ellas debe ser usada, respectivamente, en los pacientes e indicaciones en las que han sido estudiadas.

El Dr. Josep Comín, director de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca del Hospital del Mar de Barcelona, resaltó la importancia del hierro en la mayoría de los procesos biológicos y también que su metabolismo está seriamente afectado en muchos pacientes con insuficiencia cardiaca, lo que influye

negativamente en su evolución. El Dr. Comín aportó importantes datos de su propia experiencia personal y aconsejó determinadas pautas para la detección de los pacientes con déficit de hierro, así como consejos para su tratamiento.

Seguidamente, la Dra. Ángeles Castel, también del Hospital Clínic de Barcelona, presentó la experiencia en la literatura y la amplia experiencia de su centro en la utilización de la resincronización cardiaca, "una inteligente forma de tratar a pacientes seleccionados", como rezaba el título de la tercera mesa redonda. La Dra. Castel hizo una meticulosa revisión en la que desglosó las posibles causas de falta de respuesta a esta técnica y extrajo de este análisis las conclusiones sobre qué pacientes son los que realmente más se benefician. Sus principales conclusiones son que prácticamente debe reservarse para pacientes con severa alteración de la conducción tipo bloqueo de rama izquierda (siendo malos respondedores los que presentan QRS estrecho u otros tipos de trastorno de conducción). Sin embargo, si se quieren obtener mejores resultados, el inicio de la técnica tiene que realizarse en estadios evolutivos más precoces (clase funcional II) y con menos remodelado o dilatación ventricular.

Finalmente, la cuarta mesa redonda corrió a cargo del Dr. Ferran Barbé, jefe del Servicio de Neumología del HUAV y líder mundial en el síndrome de apnea del sueño (SAOS). El Dr. Barbé repasó las múltiples conexiones que existen entre el SAOS y muchas enfermedades cardiovasculares, especialmente hipertensión y cardiopatía isquémica, que finalmente desembocan en la insuficiencia cardiaca, e hizo mención de los buenos resultados de la CPAP nocturna en el tratamiento de esta entidad.

El Dr. Rafael Ferreruela, Premi Josep Parera 2011

L'Obra Social Caixa Penedès va concedir el Premi Josep Parera al Dr. Rafael Ferreruela. Aquest premi reconeix públicament la trajectòria de persones i organitzacions que s'hagin distingit en la vocació i dedicació al servei i desenvolupament comunitari en les dimensions social, humanitària i solidària. L'acte de lliurament va tenir lloc el 17 d'octubre al Petit Palau de la Música Catalana, amb la presència de Josep Parera i Josep Colomer, president d'honor de Caixa Penedès, i Salvador Esteve, president de la Diputació de Barcelona.

El jurat del premi va elegir el Dr. Ferreruela per la seva trajectòria personal i professional en l'àmbit de la cooperació internacional, concretament en la lluita contra la ceguera evitable mitjançant el Proyecto Visión, que ha desenvolupat des del 2001 primer a títol particular i posteriorment a través de la Fundació Ferreruela-Sanfeliu. L'edició d'enguany del Premi Josep Parera també va reconèixer en la categoria d'entitats la tasca de la Fundació ARED, dedicada a la reinserció de dones en perill d'exclusió social.

L'acte de lliurament va ser molt emotiu i va comptar amb l'actuació dels Castellers de Vilafranca, que van aixecar un pilar de cinc al mig d'un Palau ple de gom a gom. Després de recollir el premi, el Dr. Ferreruela va agrair el suport i la presència de la seva família.

Entre les persones distingides per aquest guardó en anteriors edicions hi ha la Germana Genoveva Masip, amb 66 anys de dedicació a l'ajut de



El doctor Ferreruela, tercer per l'esquerra, amb el premi Josep Parera



Un moment de l'acte de lliurament del premi

persones sense recursos; Fernando Aguiló, amb 20 anys de millora de les condicions sanitàries i socials a Sierra Leone, i Manel Pousa (Pare Manel).

Pel que fa a les entitats premiades, hi ha la Fundació del Banc dels Aliments, Amics de la Gent Gran, Casal d'Infants del Raval i Telèfon de l'Esperança.

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professional 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: 902 362 492

Telèfon Lleida: 973 273 859

El Dr. Francesc Abel, pioner de la bioètica a Europa, ens ha deixat

El Dr. Francesc Abel i Fabre ens va deixar el darrer dia de l'any 2011. Va ser el pioner de la bioètica a Europa pel fet d'haver fundat el primer institut de bioètica europeu, l'Institut Borja de Bioètica, a Sant Cugat del Vallès, l'any 1976. El Dr. Abel va dirigir aquest institut fins al 1999, any en què va passar a presidir el Patronat, i va constituir el primer comitè d'ètica assistencial d'Espanya a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona el mateix any. Era metge, especialista en Obstetrícia i Ginecologia. A més, era doctor i va fer la tesi doctoral sobre fisiologia fetal als EUA durant cinc anys: del 1970 al 1975. Va ingressar als Jesuïtes el 1960 i va ser ordenat sacerdot a Barcelona el 1967.

Com a metge ginecòleg assistencial va treballar a la Clínica Aliança a Barcelona i va ser director del Servei de Planificació Familiar de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona del 1976 al 1992. Així mateix, va ser membre de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona del 1980 al 1987.

Reconegut com un dels millors experts en bioètica del món, impulsor del diàleg entre les ciències humanes i socials i les ciències biomèdiques, el cridaven a assessorar tant a nivell individual o en parelles com a nivell institucional, i era professor i assessor de molts metges, professionals de la salut i persones sobre temes de bioètica. Molt li devem, al Doctor i Pare Abel.



Dr. Francesc Abel

Gran docent de bioètica, a l'Institut d'Estudis de la Salut va dirigir els cursos de bioètica la dècada dels 80 i 90, va ser professor de cursos nacionals i internacionals i coordinador del Màster Universitari de Bioètica de l'Institut Borja de Bioètica, primer amb la Universitat Autònoma de Barcelona i després amb la Universitat Ramon Llull. Va ajudar a formar part del Comitè de Bioètica de Catalunya des dels seus orígens, l'any 1991, de l'International Study Group on Bioethics, de l'Euro-

pean Association of Centres of Medical Ethics i de l'Associació de Bioètica de Catalunya. A més, preocupat per la justícia social, va fundar Medicus Mundi el 1962 per ajudar el Tercer Món. L'any 1995 va organitzar a Sant Cugat un congrés internacional sobre ètica de la distribució de recursos en sanitat, tema de gran actualitat.

L'any 1986, l'Institut Borja i la Facultat de Medicina de Lleida van organitzar conjuntament el primer curs de bioètica, que ha tingut continuïtat anualment i ha comptat amb el Dr. Abel quasi cada any per impartir-hi classes. D'aquesta manera, la Universitat de Lleida va ser pionera a introduir la bioètica als estudis de Medicina. El Dr. Abel sempre ens ha assessorat en temes de bioètica, així com en la constitució del primer Comitè d'Ètica Assistencial de l'ICS, que va ser el de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i de la Regió Sanitària de Lleida, incloent-hi inicialment tots els altres hospitals i centres de Primària.

Al llarg de la seva vida va rebre moltes distincions, entre les quals destaca: Acadèmic de Número de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el 1999; Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya el 2006; premi Van Rensselaer Potter a l'excel·lència en bioètica, concedit per la Federació Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (2005); la distinció Jaume Vicens Vives, atorgada pel Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya en reconeixement a la seva trajectòria docent en l'àmbit de la bioètica i especialment en la interrelació establerta entre ciències i humanitats (2007); premi de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) 2009, i Soci d'Honor de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) el 2009.

Dr. Joan Viñas
Exrector de la UdL

Xarxa social per a persones que volen deixar de fumar

El Departament de Medicina de la Facultat de Medicina de la UdL ha presentat una nova iniciativa amb la finalitat de millorar la qualitat assistencial dels pacients que es proposen deixar el tabac. En la ja habitual línia de col·laboració entre el Grup de Treball en Tabaquisme i l'empresa Hesoft Group, empresa sorgida a partir del Trampolí Tecnològic de la UdL, s'ha



Presentació de la nova xarxa social (Fotografia: Xavier Goñi)



Imatge de la celebració del III Simposi de Centres de Dia de Salut Mental

III Simposi de Centres de Dia de Salut Mental: "Rehabilitació psicosocial basada en l'evidència"

El III Simposi de Centres de Dia i de Centres de Rehabilitació Psicosocial de Salut Mental es va celebrar el 25 de novembre a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Es tracta d'una iniciativa bianual única a les terres catalanes que aglutina professionals sanitaris de l'àmbit de la rehabilitació en salut mental, un camp fins ara poc desenvolupat des del punt de vista científic.

Aquesta edició va constar de dues novetats. En primer lloc, l'obertura a professionals de l'Aragó i, en segon lloc, l'enfocament del simposi en el

paradigma de l'"Evidence based medicine". La trobada va donar l'oportunitat als assistents d'escoltar professionals destacats d'aquest àmbit a escala estatal.

El contingut de les ponències va centrar-se, entre d'altres, en la necessitat d'integrar el paradigma de la medicina basada en l'evidència en aquest àmbit, tant des del punt de vista assistencial com de recerca. Es va destacar la importància del mètode, més que del lloc d'intervenció, i la necessitat d'enfocaments integradors biopsicosocials i equips transdisciplinaris. També es va destacar la importància de centrar l'abordatge en els pacients i les seves famílies més que en els recursos que els atenen.

El simposi, que va comptar amb el suport del Col·legi de Metges de Lleida, va ser tot un èxit, tant pel que fa a participació, amb professionals de tot Catalunya i de part de l'Aragó, com a l'intercanvi d'experiències que va propiciar.

La comissió organitzadora

Assemblea i dinar de Nadal dels metges jubilats

La Secció de Metges Jubilats del COMLL va celebrar, el 15 de desembre passat, l'assemblea ordinària. Els tretze membres presents a la reunió van aprovar per unanimitat l'acta de l'assemblea anterior i el tancament del compte d'ingressos i despeses del 2011.

Posteriorment, els assistents, juntament amb les seves parelles i les viudes dels companys, van fer el tradicional dinar de Nadal a l'hotel NH Pirineos, acompanyats de la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, la Dra. Rosa M. Pérez.



Assemblea dels metges jubilats



La Dra. Pérez va assistir al sopar

creat una xarxa social per a persones interessades a abandonar el consum de tabac.

No es tracta d'oferir un tractament alternatiu a la necessària relació entre professional i pacient. Cap eina ni aparell telemàtic ho pot substituir. L'objectiu és oferir una estratègia que, d'una banda, complementi el treball terapèutic establert en el moment de deixar de fumar, però també com a canal d'informació i coneixement d'aquelles persones que es plantegin iniciar un procés de deshabituació i tinguin dubtes i preguntes per fer. Qui millor que els mateixos pacients per contestar-ho?

L'accés a la xarxa és gratuït. Només cal registrar-s'hi i entrar-hi en contacte. La persona interessada hi trobarà, d'entrada, un mínim de condicions

per participar-hi: mantenir el respecte i la confidencialitat, no pertànyer a la indústria del tabac, etc. En aquest espai trobarà suport en la seva decisió d'abandonar el tabac i, a més, material d'ajuda divers i interessant, com articles, notícies, enllaços de vídeos, acudits, experiències d'altres pacients, etc.

D'alguna manera es podria dir que aquesta xarxa social és el més semblant a una teràpia de grup virtual on entre tots es fa tot. Creiem que els resultats seran satisfactoris, ja que l'adherència que aquesta iniciativa provocarà en els seus usuaris ha de beneficiar l'objectiu final: aconseguir la màxima abstinència possible en l'addicció del tabac.

Ha de ser també un recurs a l'abast del professional mèdic, que podrà aconsellar-ne l'ús entre els seus pacients

interessats a deixar de fumar. En breu també s'iniciarà una altra opció adreçada exclusivament a professionals sanitaris, en què es podrà consultar, preguntar, debatre i respondre qüestions generades per altres col·legues.

Tenim, doncs, en la comunicació virtual una gran aliada que cal saber aprofitar per allò de l'economia i la universalitat. Poc cost i gran benefici. Ens restarà després la seva avaluació, demostrar amb dades fiables que l'experiència ha funcionat i s'ha mostrat útil i eficaç. Esperem poder-ho explicar aquí mateix després d'un temps de funcionament.

Dr. Francesc Abella Pons
Departament de Medicina
Universitat de Lleida

Feminització de la professió mèdica

La incorporació de les dones als estudis de Medicina va fer un pas gegantí a finals del segle XX. La primera dècada del segle XXI, la seva presència a les aules de la facultat és més gran que la dels homes. Així i tot, cal preguntar-se si les metgesses tenen les mateixes condicions i oportunitats que els metges en l'exercici de la professió.

La mujer, la medicina y la cirugía en el siglo XXI

En el Antiguo Egipto, hace 4.500 años existió una mujer llamada Peseshet que, además de ser médico, desempeñó el puesto de jefe de todos los médicos. En dicha civilización, la posición de la mujer dependía no de su sexo, sino de su rango social, hecho que fue abandonado en civilizaciones posteriores. En el siglo IX, en la Escuela de Medicina de Salerno se da alguna situación parecida.

Durante muchos siglos se negó el acceso de la mujer a determinadas profesiones, ya que se le consideraba una capacidad intelectual inferior a la del hombre. En los últimos cien años, y como consecuencia de la Revolución Industrial, la incorporación de la mujer en el mundo laboral es imparable, y no es una excepción de ello la medicina.

Sería injusto hablar de la mujer y la Medicina sin hacer mención a mujeres que han marcado un antes y un después en diferentes facetas médicas.

Una de las diosas egipcias relacionada con la medicina es Tayt, o Tayet. Se la representa como una mujer que lleva en las manos una bandeja con tejidos y se la conoce como "la señora del lino", pues su función era tejer las vendas para los difuntos de tal forma que estos no se fragmentaran. En sentido similar, ella era también la que tejía las vendas que utilizaban los médicos.

Hildegarda de Bingen, nacida en 1098, fue enviada a los ocho años por su padre con una tía abadesa de un convento benedictino, orden que se ocupaba del cuidado del enfermo. Esta mujer trabajó en la curación de las enfermedades y marcó de alguna manera el inicio de la medicina preventiva. Hizo llevar agua caliente a todas las celdas monacales e inspeccionaba regularmente el estado higiénico dental de las monjas. De los textos que escribió, debemos mencionar *Liber simplicis medicinae* y *Liber compositae medicinae*.

Trótula, quien ejerció la medicina durante el siglo XI, está considerada la primera ginecóloga de la historia. Estuvo al cargo del Departamento de Mujeres de la Escuela de Salerno. Se interesó por las dolencias de las féminas y propuso una serie de recomendaciones para conseguir unos hábitos saludables. Se inició con ella el estudio de la infertilidad de pareja y fue la primera en apuntar que el origen podía proceder tanto de la mujer como del hombre.

Olivia Sabuco de Nantes Barrera, nacida en Alcaraz, provincia de Albacete, en la segunda mitad del siglo XVI, destaca por su aportación a la Medicina de su *Nueva Filosofía de la Naturaleza del Hombre*, que "...tiene como propósito ampliar el conocimiento que los hombres tienen de sí mismos para que conozcan por qué se vive, se muere o se enferma...".

Ya en 1638, doña Ana de Osorio, esposa del conde de Chinchón, se

contagió de malaria en tierras de Perú, donde su esposo ejercía de virrey. Los nativos guardaban secretamente los polvos obtenidos de la corteza de un árbol, el quino, que curaba la enfermedad. La condesa sanó y se desconoce cómo consiguieron la pócima, de forma que la condesa, como es conocido, dedicó gran parte de sus esfuerzos a que dicho fármaco fuera utilizado en Perú y en España.

Mencionar a Mary Walker, la segunda mujer estadounidense graduada en Medicina en 1855, hija de padre librepensador y abolicionista, que liberó a sus hijas del corsé y de las largas faldas, con la finalidad de que pudieran trabajar con mayor comodidad en la granja de su propiedad.

Otra mujer que marcó un papel destacado en la medicina y la cirugía es Florence Nightingale, "la dama del candil". Transcribiré una cita bibliográfica para entender el nivel médico quirúrgico e incluso de gestión que existía a mediados del siglo XIX:

"Hospital Barrack (Hospital cuartel, es decir, del ejército).

Scutari, 14 de noviembre de 1854.

...el jueves pasado tuvimos 1.715 enfermos y malheridos en este hospital (entre ellos 120 pacientes de cólera y 650 gravemente lesionados)... Entonces recibí un mensaje pidiéndome que dispusiese el hospital para 510 heridos de los nuestros... Nos avisaron con media hora de antelación... Entre la una y las nueve, rellenamos y cosimos los colchones y los colocamos en el suelo, aunque, tengo que decirlo, dicho suelo estaba únicamente cubierto con estera; aseamos y encamamos a los hombres y todas sus heridas fueron vendadas... Tenemos

ahora 4 millas de camastros con

menos de 18 pulgadas de separación. Nuestros cuartos están en una Torre del Barrack (cuartel) y hemos tumbado en el suelo a toda esta afluencia de nuevos pacientes. Los hemos colocado entre nosotros y el puesto principal de centinelas, en dos pasillos con una fila de camas a ambos lados y con espacio justo para que pase un solo hombre y cuatro practicantes... Ni una esponja ni un trapo de lino, no me queda nada. Todo ha sido rasgado y despedazado para confeccionar cabestrillos, almohadillas para proteger los muñones y camisas. Hacía más de dos

La incorporación a las especialidades quirúrgicas se produce en los 70

meses que esta pobre gente no llevaba camisa limpia o se lavaba... Pero carecemos de jofainas y palanganas, ni una toalla o pedacito de jabón, ni una escoba. He pedido 300 cepillos para restregar... La Sra. Roberts vale su peso en oro... La Sra. Drake es un tesoro. Los otros cuatro no son aptos para cuidar de sí mismos ni de nadie en un hospital militar..."

Florence Nightingale tenía claro que en los acuartelamientos y hospitales militares se producían, incluso en tiempos de paz, muchísimas muertes innecesarias. Tal situación sólo podría finalizar si se introducían dentro de los Servicios Médicos Militares las mismas reformas sanitarias que tantas vidas habían salvado en Scutari. Allí, Nightingale sistematizó las caóticas prácticas de recogida de datos que

habían impedido, hasta entonces, saber siquiera cuál era el número exacto de muertos. A su vuelta a Inglaterra conoció al médico y estadístico William Farr, con quien aprendió a captar el valor potencial de la estadística médica como arma argumental para la mejora de la asistencia médica. Los diversos métodos empleados por Florence Nightingale para calcular la mortalidad, comparando las cifras obtenidas entre la población civil y la militar participante o no en la guerra, resaltaban tanto el impacto de la enfermedad como los efectos de las mejoras sanitarias implementadas. Por otro lado, Florence Nightingale fue también pionera de la representación gráfica de las estadísticas.

Con los cambios sociales que acontecen en la década de los 60, la revolución sexual, la participación en la vida productiva, la mujer adopta un papel de interés hacia la ciencia y deja a un lado las funciones que tradicionalmente desempeñaba en un modelo de familia matriarcal. Aumenta de forma progresiva el número de matriculas por parte del sexo femenino en las diversas facultades de Medicina. La incorporación a las especialidades quirúrgicas supone otros diez años más de evolución.

En la década de los 80, se culpa al sistema de mantener obstáculos en la carrera de las "mujeres quirúrgicas", tales como la rigidez en las estructuras de los programas de residencias quirúrgicas, falta de promoción en posiciones directivas, discriminación de género en cuanto a la edad de embarazo y la realización de la residencia, imposibilidad de atención de las responsabilidades domésticas y familiares, entre otras. Hoy todo ello ha quedado obsoleto.

Determinados regímenes políticos sociales que perduran en nuestros años, sirviendo de ejemplo Afganistán durante el régimen talibán, han prohibido a las mujeres el trabajo en la medicina, y en otros campos incluso salir a la calle en caso de no estar acompañadas por un pariente hombre. En estas sociedades donde el trabajo remunerado es escaso el acceso a la medicina es un derecho limitado a los hombres.

Lo que se desprende de las tertulias que hemos mantenido mujeres que nos dedicamos a la medicina y a la medicina quirúrgica, previo a las líneas que estamos escribiendo, es una alta dosis vocacional y, aunque



parezca demagógico, de lucha y autosuperación. Queda anticuado hacer una distinción sexista, si bien la respuesta de por qué ha disminuido la vocación masculina con respecto a las cirugías es obvia. Por el mismo motivo que en la Medicina en general, por la falta de aliciente social, económico, que no personal, partiendo de una visión práctica y realista.

Sigue llamando la atención que en determinadas especialidades quirúrgicas como la urología el índice de mujeres es inferior al masculino. De forma anónima, estas especialistas echan de menos la complicidad y el grado de empatía que no llegan a adquirir totalmente con ellas los pacientes varones.

En cualquier caso, la mujer quirúrgica y médica se caracteriza en nuestra década por aportar feminidad, buen hacer, constancia y valoración social en el ejercicio de la profesión sanitaria.

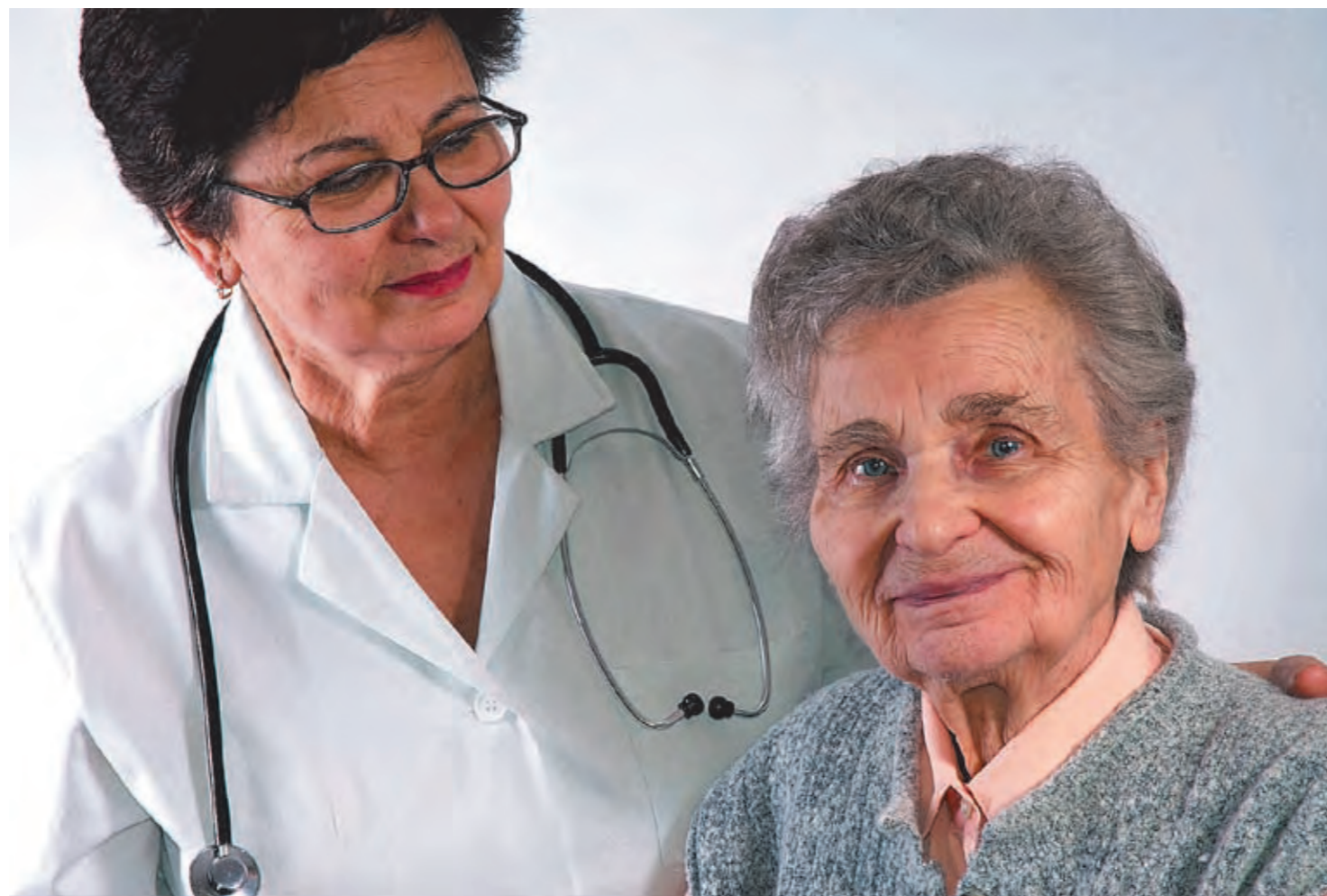
Dra. Consuelo Artigas

La dona en la medicina

Se m'ha convidat a participar en aquest tema sobre el que ha suposat l'entrada de la dona al món mèdic i, no ho negaré, he tingut els meus dubtes. És un tema en què sovint es malinterpreten les paraules i la reivindicació encara predomina sobre l'anàlisi. Vagi per endavant que no és la meua intenció ser ofensiu per a ningú i el que aquí escriuiré serà doxa i no episteme.

El lector no ha d'oblidar la diferència que les ciències socials fan entre sexe, una condició o característica adscrita, i gènere, una construcció totalment social (per tant, modificable), per la qual s'adjudiquen uns rols determinats a cada sexe, i això condiciona tot tipus de relació social, fins i tot familiar.

És ja un tòpic l'afirmació que la revolució del segle XX ha estat la incorporació generalitzada de la dona al món laboral, si bé és cert que això ha trastocat els rols familiars de forma dràstica i fins i tot ha tingut conseqüències molt importants en la pròpia estructura familiar, atès que ha augmentat el ventall de models de família. Aquests han aparegut per la gran autonomia que la dona ha guanyat a través del treball que li proporciona recursos econòmics propis (única possibilitat excloent-hi les herències). No entrarem aquí en les diferents formes en



La dona s'ha hagut d'adaptar a un mercat laboral construït per homes

què això es tradueix en funció de la classe social i l'activitat ocupacional, importants i interessants, però que ultrapassen el propòsit d'aquest debat i haurem d'obviar que una part important de dones segueixen sent un exèrcit de reserva laboral, com abans, fet que les fa fluctuar constantment entre ocupació i atur, que les professions qualificades en el sector públic s'han proletaritzat i precaritzat, i que això afecta probablement més el col·lectiu femení, etc.

Això no obstant, hem de tenir en compte que la dona s'ha hagut d'incorporar i adaptar a un mercat laboral, construït d'antuvi per homes i per a homes, i és de sobres conegut que massa sovint ha de

triar entre carrera professional i maternitat perquè ambdues coses són incompatibles en les condicions actuals de masculinitat del mercat. Tot això penso que és el que hi ha darrere del fet que la majoria de metgesses any rere any triïn al MIR unes especialitats determinades (sovint les que impliquin menys guàrdies, és a dir, menys hores) i no optin per altres.

Quan he preguntat sobre això a companyes, la majoria m'han contestat de diferent manera, però totes desemboquen en el fet que estan encabint la professió al seu projecte familiar, on volen disposar de més hores. Els condicionants culturals (novament una construcció social) i els laborals són determinants.

Al meu parer, la veritable revolució, si és que algun dia arriba, serà quan les condicions laborals d'aquest mercat s'hagin adaptat a les condicions de la dona en peu d'igualtat. Encara queda camí i n'estic convençut que els primers beneficiats serem els mateixos homes.

Un altre aspecte polèmic és el de la intel·ligència segons el sexe. No crec gaire en aquesta diferència

generalitzada, ni tampoc en una suposada superioritat per temes segons el sexe. En aquesta mateixa línia s'han manifestat les participants en el recent congrés de dones matemàtiques de Barcelona, que han recalcat que res no ha demostrat que hi hagi diferències per sexe pel que fa a la intel·ligència que condicionin el menor nombre de dones en el món de les matemàtiques. Crec més en el desenvolupament de la intel·ligència en una direcció o altra, en una especialització en diferents aspectes segons el currículum vital de cadascú, segons l'experiència vital i molt condicionada per l'interès personal i les motivacions individuals. Això fa que els individus (homes o dones) es desenvolupin millor en certs aspectes i àmbits de la realitat que en altres, si els condicionants socials fan que no sigui erroni del tot generalitzar aquestes diferències entre dones i homes en la forma d'abordatge i resolució dels diferents temes, no vol dir que hi hagi una superioritat intel·lectual global. D'altra banda, aquestes diferències farien tant o més necessari i important comptar amb les dues formes en

col·laboració.

En l'àmbit professional de la Medicina, també hi ha temes que cal matisar (sempre cal matisar-los perquè els temes tenen una part de veritat i una altra que no ho és i que oculta molt i té gran poder de confusió). Un és que la dona ha aportat més sensibilitat: jo dic que ni "sí" ni "no", sinó tot el contrari. És com l'eterna discussió si hi ha o no una literatura o un cinema femení que és diferent de "fet per dones". Penso que no es pot generalitzar el que són trets de la personalitat que pertanyen a l'àmbit de la psicològica i que, com tothom sap, és l'àmbit de la individualitat per excel·lència, i estarem d'acord que en ambdós sexes —i dic sexes, no gènere— hi ha de tot. És més, tret dels casos extrems (tothom en coneix més d'un), en una mateixa persona hi ha temes i, fins i tot, moments en què s'és més o menys sensible que en altres.

La veritable revolució, si és que arriba, serà quan les condicions laborals del mercat s'hagin adaptat a les condicions de la dona en peu d'igualtat

El que sí que és important, i no es diu tant, és que la incorporació de la dona hagi fet veure al sector masculí aspectes de la condició de la dona (en general i com a pacient en concret) que afecten el quefer mèdic que als homes ens passaven inadvertits, cosa que també es dona a l'inrevés, amb la qual cosa tot resulta molt enriquidor i formatiu per a tothom, sobretot quan aquest enriquiment es dona en la interacció de les tres perspectives: biològica, psicològica i social. No tinc tan clar que això ens ajudi a evitar situar la dona on pretén la indústria de la tecnologia sanitària com a client preferencial de la invenció de malalties (*disease mongering*), com sembla que està passant, però això és un esforç de tots els professionals, indistintament del gènere.

Un punt de polèmica rau en el fet de si la incorporació de la dona a la medicina ha suposat una pèrdua de combativitat o de força reivindicativa en el sector. El col·lectiu feminista més aferrissat manté que no és així, que el que passa és que a la dona se la deixa entrar en un sector laboral quan aquest ja està en franca degradació o totalment deteriorat i ja

no interessa al sector masculí. Amb aquest argument ens situem dins el dilema de l'ou i la gallina. Al meu parer, l'argumentació és paradoxal i feble, perquè, si està en franca degradació, és quan més combatiu s'ha de ser, i més un col·lectiu que entra massivament, amb força i sense accés als llocs de decisió. Bé, això és el que caldria esperar sempre que es tingui consciència de col·lectiu —el que Marx en deia "classe per a si"— i certament hi ha jugat en contra el fet que s'han anat incorporant de forma gradual en el temps, ràpida però gradual, i no ha estat una entrada sobtada que posaria en tensió el sistema i obligaria a prendre consciència de grup professional amb les seves reivindicacions pròpies i al sistema a respondre-les. Em resulta també un raonament paradoxal perquè sovint parlen de "deixar entrar" quan en realitat s'ha entrat sense permís, per mèrit propi i amb grans esforços

(els metges/metgesses), ha desvirtuat i devaluat el veritable sentit de la professió i de l'acte mèdic, ha introduït sistemes d'avaluació del seu producte que penetren en la consulta diària i intenten condicionar l'actuació professional (d'aquí les DPO), etc. Amb tot aquest corrent que ha afectat tots els sectors productius i els professionals sanitaris, siguin homes o dones, no hem sabut defensar el que només nosaltres podríem determinar i el que ens donava poder i autoritat en un sistema sanitari que no és res més que el veritable sentit i valor de l'acte mèdic.

fessió, inclosos els llocs amb poder de decisió, no només és de justícia, sinó que és una necessitat per a la societat global. A la petita societat de la medicina, guanyem en qualitat i, dit en termes mèdics, per fi tenim una visió binocular de la realitat!

Lluís-D. Capacete Novo
Metge d'AP

El punt de vista d'una professora d'universitat

en el seu exercici), però caracteritzada per un component important de servei als altres. Mentrestant, els estudiants homes evitaven apostar per una professió cada vegada més mancada de prestigi social (que no de confiança social, com demostren les enquestes publicades recentment)⁵ i incentiu econòmic. L'opinió de molts companys i experts⁶ i dels meus propis fills m'ha fet veure, tanmateix, que molts homes que desitjarien estudiar Medicina no poden fer-ho perquè no arriben a la nota de tall, superada amb facilitat per moltes dones. Malgrat l'orgull de sexe que això em provoca, no

deixo de pensar que potser la situació ideal dins de la nostra professió seria l'equilibri entre dones i homes, però em sento incapaç d'aportar cap solució personal a una realitat tan complexa.

Si mirem aquesta distribució de sexe al professorat acadèmic de les facultats de Medicina, veurem com aquest increment en el percentatge de metgesses encara no es veu prou reflectit. Quan el 2008 vaig escriure l'article que comentava⁷, tan sols érem dues les catedràtiques de Dermatologia a tot l'Estat espanyol. Ara ja en som quatre. Això no obstant, en números globals els homes

continuen sent majoria². Anant un altre cop a prop de casa, les tres últimes places de professor agregat del Departament de Medicina de la UdL han estat per a metges homes. La primera causa d'aquesta situació és, sens dubte, i, simplement, històrica. En una professió on hi ha hagut una majoria d'homes, és lògic que també hi hagués una majoria de professors universitaris. I, encara que ara ja hi ha una majoria de dones, només a determinada edat s'arriba a aquest nivell. A partir d'aquí, les causes són múltiples i complexes. En igualtat de condicions, potser al segle XXI encara

part de la població té més respecte o reconeixement cap a un home. No obstant això, no crec que sigui el motiu fonamental o, almenys, l'únic. Encara que els homes cada vegada col·laboren més a la llar, moltes dones continuen portant el pes fonamental de la família. Sens dubte és la dona la que té físicament els fills. Però, addicionalment, moltes vegades també s'ocupa més d'ells o de les persones grans dependents que hi ha en moltes famílies. L'escala de valors segueix sent diferent per a molts homes i dones, tant en relació amb les fites que es plantegen com pel que fa al fet

L'escala de valors és diferent per a molts homes i dones en relació amb les fites que es plantegen i al que han de renunciar per aconseguir-les

Per tant, no és una qüestió de més o menys capacitat reivindicativa, tot i que són molts els exemples de companyes (i ara entro en la perspectiva microsociològica) que, amb tot el dret del món i vistes les dificultats d'anys enrere, es consideraven satisfetes d'haver arribat i mantenir-se dignament en la professió, se centraven a fer el millor possible la seva tasca tant a casa com a la feina (Déu n'hi do!) i les reivindicacions li sonaven llunyanes, com si anteposés el conjunt del que ha aconseguit a les condicions laborals, cosa molt raonable, d'altra banda. Això explicaria el fet que la situació era diferent dependent de les càrregues familiars (solteres, casades, separades/divorciades i/o amb fills) i es podia observar un clar gradient de reivindicació segons aquestes circumstàncies, cosa que no fa més que avalar el que dic que, a escala microsocial, i més enllà dels trets de personalitat, prima la forma en què els condicionants socials afecten l'individu concret i no tindria relació amb el sexe i sí una mica més amb el gènere com a receptor d'una forma determinada d'encaixar els condicionants socials.

Per acabar, dono suport a l'afirmació que un dia vaig llegir: "Una societat que vol sobreviure i avançar no es pot permetre deixar de banda el 50% de la població." La petita i desgavellada societat mèdica, encara menys i, per tant, la incorporació de la dona en peu d'igualtat a tots els nivells de la pro-

Ara fa uns tres anys i mig vaig escriure per a aquest mateix BUTLLETÍ un article d'opinió semblant¹. En aquest període la situació respecte a aquest tema no ha canviat gaire, però potser alguns fets del meu entorn m'han fet reflexionar sobre alguns aspectes que m'agradaria comentar.

La feminització de la professió mèdica segueix sent clara a les aules. Per parlar del que tinc més proper, a la Facultat de Medicina de Lleida, el curs 2010-11 el 79% dels alumnes de Dermatologia (cinquè de Medicina) han estat dones i el curs anterior (2009-10) ho van ser el 71%. Xifres semblants apareixen en diferents publicacions. A tall d'exemple, en un col·loqui organitzat a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya², s'exposava que, el curs 2008-09, del total d'alumnes matriculats a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona el 72,27% eren dones. Això es tradueix, evidentment, al nivell assistencial, en el qual, segons dades del Col·legi Oficial de Metges de Lleida³, el 2007 el 70% dels col·legiats amb una edat menor als 35 anys eren dones i, al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona⁴, el 2008 ho eren el 64% dels metges menors de 40 anys. He de confessar que durant bastants anys havia buscat un sols tipus d'explicació a aquesta realitat tan diferent a la dels temps en què jo era estudiant. Per a mi, en arribar un major nombre de dones a la universitat, aquestes havien triat una carrera difícil (tant d'accés com



Disminuir la feminización de las profesiones sanitarias no debería descartarse como objetivo y el debate deberá afrontarse en algún momento

que han de renunciar per arribar-hi. El reconeixement professional és important per a les dones, però el càrrec des del qual desenvolupen la seva professió moltes vegades no té tant pes si poden actuar amb certa llibertat. La llista de motius és probablement molt més llarga i no igual per a totes les dones. En aquest sentit, sovint, a les converses dels metges i les metgesses joves que m'envolten, descobreixo agradablement que el repartiment del rol dels homes i de les dones que viuen en parella, quant a les feines de casa i a la cura del fills, és molt lluny del que vam viure nosaltres. Molts dels nostres fills ja han estat educats en la igualtat. Segurament encara falta, però la feina que hem fet no ha sigut en va. Queixar-nos que actualment als departaments universitaris de les facultats de Medicina hi ha una majoria d'homes no és el que avui ens hauria de preocupar. Les dones de la nostra generació ja comencem a ser història. El que sí que seria greu és que, d'aquí a uns anys, aquesta majoria aclaparadora de metgesses estigui encara liderada per una minoria d'homes. Aquest és el nou repte.

Malgrat aquestes dificultats, les portes són obertes. Accedir a una carrera acadèmica universitària és difícil ara per a tots els metges, tant per a homes com per a dones. Qualsevol currículum vitae d'una persona que aspiri a ser professor d'universitat en qualsevol de les categories (professor titular, catedràtic) és valorat per una agència estatal d'acreditació (ANECA) o, en el cas dels professors contractats (agregats, catedràtics), per agències autonòmiques de qualitat (p. ex., l'AQU a Catalunya). Per això, en aquest moment de desencís en l'ambient sanitari i universitari, el que sí que em preocupa és tenir la capacitat de contagiar tant a les metgesses com als metges joves amb els quals treballo la il·lusió per la recerca i la docència. Una il·lusió prou important perquè, a part de tot el temps que exigeix el treball clínic i la formació continuada, estiguin disposats a dedicar encara més hores, en general fora de l'horari laboral, per fer una carrera acadèmica.

Despertar aquesta espurna d'interès científic en la manera d'orientar la nostra professió mèdica és l'eina més important per assegurar la futura presència de dones metgesses a la universitat.

Rosa M. Martí i Laborda
Catedràtica de Dermatologia
de la Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Martí RM. Mujeres médicas. Situación actual y perspectivas de futuro para un colectivo en incremento. *Feminización de la profesión y conciliación del mundo familiar y laboral*. Butlletí Mèdic del Col·legi de Metges Oficial de Lleida 2008; 69: 10-11.
2. Estrach T. La feminització de la professió mèdica: El punt de vista d'una cap docent. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* 2009, 24: 48-49.
3. Perfil dels metges i metgesses col·legiats a Lleida. *Butlletí Mèdic del Col·legi de Metges Oficial de Lleida* 2008; 68: 4.
4. Carreres A. La feminització de la professió mèdica: Punt de vista d'una metgessa assistencial d'hospital. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* 2009, 24: 53-56.
5. Toharia JJ. ¿En quién confían los españoles? (1). *Notable a los que hacen el bien*. *El País* 07/08/2011: 8.
6. Mcpherson A. ¿Los chicos ya no quieren ser doctores?. *La Vanguardia*, 13-11-2010: 35.

Feminización de las profesiones sanitarias: un desafío complejo pero ineludible

La feminización de la profesión médica es un hecho incontestable. Casi un 75% de los trabajadores sanitarios son mujeres, mientras que este porcentaje sólo alcanza el 40% en los trabajadores en general. El 8% de las trabajadoras en España lo hace en el sector sanitario, mientras que sólo es así en el 3% de los varones.

El mayor peso del sexo femenino entre el personal sanitario se une a la persistencia del rol de cuidadora informal entre las mujeres en nuestra sociedad, lo que genera

importantes retos para el sistema sanitario.

Probablemente, la primera medida sería atajar las causas del problema. La primera causa es la persistencia del rol de cuidadora informal entre las mujeres en nuestra cultura. La asunción por parte de los varones de mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos y personas dependientes eliminaría la cuestión de la feminización como problema en la conciliación trabajo-familia.

Por otra parte, pese a que la masculinización de una profesión suele verse como un problema a combatir, no parece que esto ocurra en el caso contrario. Atajar las causas del problema debería llevarnos a realizar políticas que compensen —por qué no— la excesiva feminización de las profesiones sanitarias. Si en la sociedad en general el porcentaje de hombres y mujeres es de aproximadamente el 50%, sería razonable plantearse como objetivo deseable alcanzar similares ratios en todos los ámbitos profesionales. Si, además, tenemos en cuenta las evidencias que muestran que la feminización de una profesión suele acompañarse de un empeoramiento de los salarios y del prestigio social de esa profesión como muestra el trabajo de Barbara Reskin *Job Queues, Gender Queues*, tendremos aún más motivos para considerar la excesiva feminización como un problema potencial para la profesión.

Un claro ejemplo es la enfermería, donde el varón tiene escasa presencia. Ciertas especialidades quirúrgicas o los puestos directivos tienen, sin embargo, escasa presencia femenina. La persistencia del rol de cuidadora informal y la excesiva feminización de ciertos perfiles profesionales probablemente sean síntomas de un mismo problema. Por ello, disminuir la feminización de las profesiones sanitarias no debería descartarse como objetivo y es un debate pospuesto que deberá afrontarse en algún momento.

Muchas de las medidas propuestas en otros ámbitos económicos o en las administraciones públicas, aunque han mostrado ser de gran utilidad, son de difícil aplicación en el contexto sanitario.

El teletrabajo es una fórmula de bastante éxito en numerosas empresas, especialmente multinacionales, o incluso en la Administración Pública. Generalmente, se plantea a tiempo parcial, de modo que el empleado acude a su puesto de



Cubrir guardias de 17 y 24 horas mientras se asume el rol de cuidadora informal familiar es una tarea muy compleja

trabajo, por ejemplo, tres días a la semana y trabaja desde su domicilio los otros dos. Esta modalidad, sin embargo, es difícilmente trasladable a una actividad asistencial directa. Podría argumentarse que un porcentaje de la actividad del profesional sanitario, incluso el del clínico, está relacionada con la investigación y la docencia, y quizá ese porcentaje podría ser susceptible de realizarse mediante teletrabajo. Bastaría, por ejemplo, que el 20% del tiempo de trabajo no fuese de asistencia clínica directa para poder llegar a tener un día completo de teletrabajo a la semana. Sin embargo, en la práctica, en la mente del gerente del profesional clínico está para atender pacientes y las actividades no asistenciales son siempre accesorias y de escaso valor.

La flexibilidad horaria es otra de las soluciones más extendidas para favorecer la conciliación laboral y familiar, en especial en mujeres con niños, lo que les permite coordinarse con la escuela, guardería o algún familiar. Es, de nuevo, una fórmula de muy difícil implantación en el ámbito sanitario dado el carácter de asistencia directa.

Una alternativa a la flexibilidad horaria que se aplica con frecuencia en el ámbito sanitario son las

reducciones de jornada. En esta modalidad el profesional tiene una jornada de 17 horas a la semana, aunque con un horario fijo. Es una solución muy imperfecta, pues en muchas ocasiones lo que genera es sobrecarga de trabajo en el resto de compañeros cuando no se consigue cubrir el resto de horas con otro profesional dispuesto a cobrar la mitad, y una disminución en la calidad asistencial, pues se dificulta la continuidad asistencial al realizarse turnos de 4 horas.

El hecho de que la asistencia sanitaria se realice 24 horas al día conlleva retos adicionales en la conciliación trabajo-familia. Así, cubrir guardias de 17 y 24 horas mientras se asume el rol de cuidadora informal familiar es una tarea muy compleja, lo que fuerza a algunas mujeres a tener que elegir entre su profesión o su papel como madres. Aquellas con parejas fuera del ámbito sanitario tienen quizá mayor apoyo, pero, cuando se trata de madres solteras o con parejas que también son profesionales sanitarios, las cosas pueden complicarse mucho más. En el caso de la enfermería el trabajo en turnos de noche dificulta mucho esa conciliación, y en el caso de la Atención Primaria, donde en ocasiones no se realizan este tipo de guardias, muchas mujeres se encuentran con

el problema de tener asignado un turno de tarde, especialmente inadecuado en el caso de tener hijos en edad escolar.

El modelo actual de contratación en los servicios públicos de salud añade más dificultades. En el actual modelo conviven dos realidades opuestas: por un lado, personal con plaza fija con un modelo muy rígido y, por otro, personal temporal (suplentes, sustitutos o interinos) con un modelo muy precarizante. Este modelo genera enormes ineficiencias y dificulta la gestión de la conciliación trabajo-familia. De este modo, ciertas plazas son muy codiciadas por su mayor facilidad para la conciliación familiar: por ejemplo, turnos de mañana en centros de salud o plazas de enfermería de consultas externas en hospitales. Estas plazas, que serían especialmente interesantes para profesionales (madres, pero también padres) jóvenes, son, sin embargo, ocupadas principalmente por profesionales con mayor recorrido y, por tanto, mayor edad.

Quizá un modelo más flexible permitiría una mejor conciliación. Debería facilitarse la permuta temporal de horarios entre profesionales con mayor necesidad de conciliación (por ejemplo, con niños pequeños o con ancianos dependientes a cargo) y aquellos con circunstancias personales más favorables. Sin embargo, esta flexibilidad implicaría la pérdida de derechos laborales adquiridos por un sector de los profesionales, lo que hace complicada su aplicación al menos a corto-medio plazo.

Otra política que sería relativamente fácil de aplicar sería la implantación de guarderías, y probablemente de centros de día para familiares dependientes, en los centros de trabajo de los profesionales sanitarios. Parece una medida lógica y que no conllevaría excesivo gasto, pues se dispone de estructuras físicas suficientes y de recursos humanos cualificados para realizar la tarea.

En mi opinión, y como resumen, una respuesta razonable al problema de la feminización de la profesión médica debería combinar políticas que reviertan en lo posible la excesiva feminización de las profesiones sanitarias, políticas de contratación más flexibles pero que aseguren a su vez estabilidad laboral a las profesionales jóvenes y medidas de apoyo al personal con personas dependientes a cargo (tanto niños como ancianos) con la creación de guarderías y centros de día en los lugares de trabajo.

Dr. Julio Bonis

Feminització de la medicina també en els càrrecs directius?

Actualment, la presència de dones en l'exercici de la medicina, tant en la tasca assistencial com en la docent o en la recerca, és innegable. Ara bé, cal preguntar-se: quantes d'aquestes dones ocupen llocs de decisió i gestió? Quantes són caps de servei? Hi ha moltes dones deganes o rectores universitàries? N'hi ha moltes que gestionin com a directives institucions o organismes on es fa la recerca biomèdica, que ara tant prolifera al nostre país? Quan fem un repàs de les dones que són gerents o caps clínics o directores mèdiques dels centres sanitaris, sempre ens semblen poques i, a més a més, acostumen a tenir escassa visibilitat. Per acabar, quantes dones són membres de les juntes de les corporacions mèdiques i dels col·legis professionals?

Aquesta circumstància no es pot reduir a les institucions mèdiques o sanitàries, ja que forma part de la realitat social d'avui en dia. En el món empresarial la presència de dones directives en grans empreses europees ni tan sols arriba a un 10%, i en petites i mitjanes poden arribar a un terç dels directius. Les aules de les facultats de Medicina són plenes de dones, però un percentatge escàs de la direcció, gestió i decisió mèdica té component femení.

Com a possibles explicacions d'aquest fenomen s'assenyalen el sostre de vidre com a metàfora d'aquelles barreres invisibles que no permeten que les dones arribin a llocs directius, el precipici de vidre, que es proposa quan les dones tenen més probabilitats de patir més risc de fracàs i majors crítiques que els homes en un mateix lloc de gestió. Es parla del laberint de vidre, que amb l'expressió vol indicar els diferents obstacles que les dones es troben durant la seva trajectòria professional i que no tots són invisibles i, finalment, del terme del sostre de ciment que ens posem les mateixes dones. Aquest sostre fa que la nostra progressió professional es vegi afectada en previsió de les dificultats que es poden desenvolupar i de com repercutiran en la conciliació personal i professional.

És evident que segueixen existint els factors psicològics i socials que fan que les dones no acabin d'arribar a la jerarquia mèdica o

No és fàcil la doble jornada laboral i familiar. Es manté per la manca de flexibilitat de les empreses i potser és hora de gestionar els nostres tempos

sanitària, malgrat les mesures legislatives que en els darrers anys s'han pres i les iniciatives empresarials i el creixement significatiu de dones en l'exercici de la professió. També cal dir que per ser-hi, la primera condició és voler-hi ser. Per tant, s'ha de tenir en compte el respecte a decidir nosaltres on volem ser o no.

El nostre poder de decisió, òbviament, ens dirigeix cap al nostre futur professional, però no és tan senzill. Hi ha factors determinants cap a un o altre escenari. Com a factors decisius que obstaculitzen el desenvolupament professional s'han descrit la manca de confiança de les dones per poder arribar al lloc —cosa que moltes vegades està relacionada indirectament amb les característiques que impliquen els càrrecs de direcció— o bé l'insuficient suport per part dels superiors, ja que està comprovat que, quan els superiors o companys de les dones professionals en donen, aquestes arriben més aviat al lloc de decisió.

Hem de recordar, a més, les responsabilitats familiars, i no es pot parlar dels vincles afectius o familiars de les dones en si mateixos, sinó com aquests són percebuts com a obstacles per a la seva disponibilitat laboral al 100% i, a la vegada, jornada completa també en l'àmbit familiar. No és fàcil la doble jornada. Això es manté per l'actual manca de flexibilitat de les empreses, de manera que potser ja és hora que les dones siguin les que gestionin els seus propis tempos. És habitual referir-nos a la cultura de bona direcció i gestió segons estereotips masculins, la qual cosa ens dona els esquemes previs sobre com es dirigirà o liderarà una institució acostumada als homes rígids, durs i estratègics, quan les dones també poden accedir a aquests llocs.

Malgrat tot, cada vegada hi ha més dones en l'exercici de la medicina i en el desenvolupament de la professió, de manera que hauran d'existir més dones que liderin i gestionin o decideixin el futur mèdic. Per tant, s'han d'exposar també aquells factors que impulsen i fan que les dones en càrrecs directius ofereixin

un clar valor afegit. En primer lloc, cal apuntar la formació, perquè s'ha vist l'excel·lència formativa dels estudiants de medicina, però, sobretot, com les dones tenen els millors currículums acadèmics i una capacitat de comunicació i d'empatia amb l'equip més grans. Així mateix, també hi tenen una influència positiva la motivació, el suport afectiu i familiar, la fortalesa psíquica i el sistema de valor, que afavoreixen molt la satisfacció per la seva vida laboral.

Dra. Rosa M. Pérez Pérez
Presidenta COMLL

Dones i urologia

Malgrat la creixent feminització de la professió mèdica, la urologia és l'especialitat amb menys presència femenina. Aquest fet contrasta amb la dada que aproximadament vuit de cada deu estudiants de Medicina són dones.

Les especialitats mèdiques amb menys presència femenina són urologia (7,2%), cirurgia cardiovascular (8%), cirurgia toràcica (9,5%), traumatologia i cirurgia ortopèdica (10,2%), neurocirurgia (12,7%) i cirurgia maxil·lofacial (17,2%). De tota manera, la tendència és que la presència de la dona en la urologia s'incrementi, sobretot entre les noves generacions. Així, segons dades del Ministeri de Sanitat i Consum, l'any 2004 de les 49 places concedides per a urologia, 19 van ser ocupades per dones.

Clàssicament, tant en l'àmbit sanitari com en el no sanitari, s'ha considerat la urologia com una especialitat per a homes, probablement pel fet de tractar el sistema genital masculí (pròstata i genitals externs masculins). Però si ens posem a analitzar l'especialitat, veiem que aquesta és una part petita del seu global, ja que també tracta patologia renal, ureteral i vesical, uns òrgans presents en homes i en dones, amb tota la varietat de malalties que poden presentar i totes les opcions terapèutiques que tenim a la nostra disposició.

La urologia és una especialitat molt completa. Abraça una part

mèdica important: estudis metabòlics (en pacients amb litiasi), estudis d'infertilitat masculina, infeccions urinàries de repetició, diagnòstic i seguiment de patologia oncològica (tumors prostàtics, vesicals, renals i testiculars com els més freqüents). També inclou tècniques diagnòstiques: uretrocistoscòpia en estudi d'hematúria, estudi urodinàmic per diagnòstic d'incontinència urinària masculina i femenina, estudi de disfunció erèctil, etc. I, finalment, tractament quirúrgic, dins del qual hi ha molts tipus de procediments, des dels més senzills, que es realitzen sota anestèsia local, com pot ser la circumcisió o la vasectomia, passant per procediments endoscòpics: reseccions transuretrals de tumors de bufeta, reseccions transuretrals de pròstata, ureteroscòpies i litotripsies per a tractament de litiasi, fins a arribar a intervencions de més complexitat, com pot ser la cirurgia reconstructiva d'uretra, col·locació de malles per incontinència urinària masculina i femenina, reseccions transuretrals de pròstata amb làser i la cirurgia laparoscòpica. Aquesta última actualment és la que utilitzem de forma sistemàtica en intervencions com la nefrectomia, la prostatectomia

radical, la ureteropieloplastia i alguns casos de cistoprostatectomia radical.

En definitiva, després d'analitzar tot el que inclou la urologia com a especialitat medicoquirúrgica, es pot veure que no tots els nostres pacients són homes i que la patologia genital masculina exclusiva és menys del 50% del global.

La urologia com a tal no es podria exercir sense la col·laboració d'un grup important per a nosaltres com és el personal d'infermeria. Aquest grup és qui tradicionalment ha fet cures, canvis de sonda vesical, higiene de pacients, coses que impliquen mostrar les parts íntimes a terceres persones que habitualment són del sexe femení. Com que tradicionalment la infermera ha sigut una dona, el pacient generalment no se sent ni incòmode ni estranyat davant

L'especialitat amb menys presència femenina és l'urologia, un 7,2%

d'aquesta situació. I és d'esperar que a mesura que passi el temps aquesta tendència s'estengui entre el personal mèdic urològic femení.

Pel que fa a la meua experiència personal, al centre on em vaig formar érem setze residents, quatre per any, vuit homes i vuit dones, i concretament en el meu any érem tres dones i un home. Això crec que és un bon exemple de la tendència futura en la urologia.

Aquí, a Lleida, en aquests moments sóc l'única uròloga que exerceix dins de la província i aquest curs acadèmic ha començat una resident a l'HUAV. Com a professional, puc dir que no m'he trobat cap cas en què el pacient s'hagi negat que el visiti. Alguns pacients d'entrada es queden una mica sorpresos de veure que ets una dona i no un home, però al final t'acaben explicant fins i tot més coses que als meus companys homes. En definitiva, el pacient busca un bon professional, que li transmeti seguretat i confiança, i d'aquesta manera s'obliden els prejudicis.

Dra. Mercè Pascual
Servei d'Urologia
Hospital de Santa Maria



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

Aspectes mèdics a l'òpera

El director del BUTLLETÍ MÈDIC m'ha demanat un comentari en relació amb els aspectes mèdics que podem trobar a l'òpera. Em va agafar per sorpresa, i crec que l'encàrrec supera la meua capacitat, tant en l'àmbit de la medicina com en el de la música, i més concretament en el de l'òpera. Malgrat això, i des de les pròpies limitacions, intentaré complir l'encàrrec del director i, al mateix temps, demanar disculpes a tothom per ser tan agosarat.

Quan ens posem a treballar aquest tema, la primera cosa que ens ve al cap és la tuberculosi que pateixen els protagonistes d'obres tan populars com *La Traviata*, de Giuseppe Verdi, i *La Bohème*, de Giacomo Puccini. Es tracta d'una malaltia antiquíssima (hom diu que va lligada als mateixos orígens de la humanitat) que durant el segle XIX afectava especialment els més pobres. És així com tant la literatura com l'òpera ens presenten la tuberculosi com un estigma dels perdedors i els desafortunats.

La presència de la tuberculosi a *La Bohème* és constant, i poden "sentir" la seva cruel progressió en el cos de Mimì, des del moment que Rodolfo canta dolçament l'ària *Che gelida manina* fins a la desesperació final, quan els joves poètes cerquen un metge que no arribi mai, fet que omple l'escena de notes de tristor.

A *La Traviata* la malaltia es presenta al final de l'obra, quan s'aixeca el teló i veiem una Violeta envoltada de solitud i de records. Pensant en allò que havia pogut ésser i mai no va ser. Enmig d'aquests records, de sobte el so greu de la tuba ens anuncia la desgràcia. Canvia el ritme, tot es fa lent i pesant. La vida se'n va mentre se senten les rialles del carnaval, que contrasten amb la tristesa de la protagonista. Però queda un darrer moment per al goig i l'esperança, i la música ho anuncia recuperant els alegres acords del principi, quan la vida era fàcil i bella. Aquesta música engrescada i juganera és l'anunci del retorn d'Alfredo. De l'estimat. Un retorn només per un moment, però suficient per al perdó i per morir en pau als seus braços.

Si, la tuberculosi ha propiciat moments musicals intensos i d'un gran dramatisme, que fan entendre el concepte d'espectacle total que té l'òpera



Des de la tuberculosi de 'La Traviata' i 'La Bohème' fins a les al·lucinations del 'Macbeth' i 'Wozzeck'

(música, teatre, escenografia, literatura i, sobretot, emoció).

Un altre àmbit molt treballat per l'òpera és el de la bogeria i/o de les malalties mentals. En tenim molts exemples.

Crec que Richard Strauss, amb la música d'*Elektra*, transmet molt bé el món tancat i angoixant del malalt mental, malgrat que *Elektra* feigeix la malaltia i deliberadament queda fora del cercle familiar de la seva mare, Clitemnestra. Però *Elektra* viu per a una venjança, i els sons aguts, tallats en sec, representen molt encertadament aquesta lluita interior del personatge.

Però si parlem de bogeria, o més ben dit d'un trastorn mental agut, el veurem molt ben representat en les escenes finals de *Lucia de Lammermoor*, de Gaetano Donizetti. Amb el quartet "qui me frena..." s'anuncia la tragèdia. Després, l'alegria dels convidats, que canten una marxa acompanyats per tambors i metall, dona pas a la tristesa que canta el cor, i l'àmbit es torna fúnebre amb la música de la flauta. I comença l'escena de la bogeria amb

la descripció de visions. En la desesperació *Lucia* passa, desordenadament, des de les tonalitats dolces i suaus fins a les notes més agudes i punyents. L'acompanya el so de la flauta, en una mena de diàleg incoherent, que transmet molt bé la solitud del boig.

Podem parlar de més òperes, i de més música, però crec que seria molt llarg. Per avui ho acabarem amb un parell d'apunts més. No puc tancar aquestes notes sense recordar el crít desesperat de *La Gioconda*, enmig del desgany amorós i la pèrdua de la dignitat, anunciant el suïcidi. Les onades de la música i la repetició del crít descriuen molt bé els sentiments d'una dona que ha perdut tot el que ha donat i no li queda res.

Cal fer una referència a la música atonal i dodecafònica emprada per Alban Berg a *Wozzeck* i *Lulu*. Aquest autor, seguint Schöenberg, formula les composicions i utilitza una escala cromàtica diferent, en la qual les notes són equivalents, i no s'ordenen de major a menor. Representa una manera diferent de fer música, que trenca amb la tradició melòdica. Les obres d'Alban Berg s'estrenen sense èxit als anys 30 del segle XX, però, posteriorment, segurament per l'acció combinada de les revisions fetes per l'autor i l'evolució en els gustos de la societat, s'han reestrenat amb força acceptació del públic, especialment pel que fa a *Wozzeck*. *Lulu*, que representa la màxima depravació personal, arrossega problemes

moral i de consciència que provoquen el rebuig d'un sector important de la societat.

Per acabar (o per començar amb altres futurs comentaris), presento un quadre que respon a una classificació personal sobre les patologies que es fan presents en les diferents òperes. No hi són ni totes les patologies ni totes les òperes.

A l'hora de presentar la classificació, agraeixo especialment a la Dra. Rosa Pérez, presidenta del Col·legi de Lleida i metge forense, les seves indicacions, com també les que m'han fet el Dr. Joan Flores i el seu fill Albert en relació amb el dodecafonisme.

Relació de les patologies que apareixen a l'òpera

Trastorns psiquiàtrics

Elektra (R. Strauss), bogeria fingida.

Lucia de Lammermoor (G. Donizetti), assassina el nuvi i canta l'amor a Edgard.

Il Trovatore (G. Verdi), la gitana Assuzena llança el seu fill al foc.

Die tote Stadt (E.W. Korngold), Paul guarda objectes de l'esposa morta, fins i tot el cadàver.

Gelosia

Otello (G. Verdi).

Obsessió

Falstaff (G. Verdi).

Lascívia

Don Giovanni (Mozart), inventari de dones conquerides (segons Leporello, 331 a Alemanya, 100 a França, 91 a Turquia i 1.003 a Espanya).

Don Pasquale (Donizetti) sent un "gran ardor".

Duc de Mantua (òpera *Rigoletto*).

Falstaff (G. Verdi).

Al·lucinacions

Borís Godunov (M. Mussorgski). El protagonista "veu" el príncep Dimitri que és mort.

Macbeth (G. Verdi). Veu el fantasma de Banco, que ha manat matar, i el de vuit futurs reis d'Escòcia.

Wozzeck (A. Berg). El protagonista té visions en la segona escena del primer acte.

Fabulació

L'elisir d'amore. El Dr. Dulcamara ven un xarop per enamorar (vi de Bordeus).

Tuberculosi

La Traviata (G. Verdi). Final amb la mort de Violeta.

La Bohème (G. Puccini). Final amb mort protagonista (Che gelida manina).

Mort natural

Borís Godunov (M. Mussorgski), el protagonista se sent defallir i mor.

Mort per infart

Lulu (A. Berg). L'inspector de sanitat pateix un infart quan troba la seva esposa (*Lulu*) abraçada amb el pintor.

Mort per tret de pistola

La forza del destino (G. Verdi). Mort

accidental del marquès de Calatrava quan Don Álvaro llança la pistola a terra en senyal de submissió.

Don Carlos (G. Verdi). Mort de Rodrigo, marquès de Posa, pel tret d'un sicari mentre parla a la presó amb Don Carlo.

Lulu (A. Berg). Mort del Dr. Schön quan discuteix amb *Lulu* exigint-li que se suïcidi.

Decapitació

Salomé (R. Strauss). Decapitació de Sant Joan Batista.

Anna Bolena (G. Donizetti), execució implícita en el darrer acte.

Andrea Chénier (U. Giordano). Òpera sobre un fet històric (va ser guillotinat el 8 de juliol de 1794). L'execució, juntament amb Maddalena, és implícita en el darrer acte.

Mort per estrangulació

Otello (G. Verdi). Mort de Desdèmona escanyada per Otello.

Ofegament per immersió

Wozzeck (A. Berg). El protagonista s'ofega en un estany quan intenta rentar-se la sang.

Jenufa (I. Janáček). Kostelnicka, la sagristana, llança al riu el fill de Jenufa.

Mort per desnutrició i deshidratació

Aïda (G. Verdi). Emparedament o sepultura en vida de Radamés i Aïda.

Manon Lescaut (G. Puccini). Manon mor de set i de gana al desert de Luisiana.

Manon (J. Massenet). Manon mor per esgotament físic (col·lapse) a la carretera de Le Havre, abans d'embarcar cap a Amèrica.

Fidelio (L. van Beethoven). Don Pizarro, governador de la presó de Sevilla, manté presoner Florestan, a qui redueix progressivament la dieta (no arriba a morir).

Pèrdua de coneixement per un llamp

Nabucco (G. Verdi). Li cau un llamp quan exigeix que els jueus l'adorin com a Déu.

Somnambulisme

La sonnambula (V. Bellini).

Macbeth (G. Verdi). Lady Macbeth camina i parla en somnis mentre intenta rentar-se la sang que "veu" a les mans.

Enverinament

Adriana Lecocœur (F. Cilea), enverinament amb un ram de flors.

La Gioconda (A. Ponchielli). La Gioconda substitueix el verí destinat a Laura per un narcòtic, que l'adorm profundament i sembla morta.

Nabucco (G. Verdi). En el darrer acte, Abigail entra moribunda per efecte del verí que s'ha pres en veure fracassar els seus plans.

Ferides i mort per arma blanca

Parsifal (R. Wagner). Amfortas és ferit amb la llança del Greal i la ferida es manté oberta fins que Parsifal la recupera.

El capvespre dels deus (*R. Wagner*). Mort de Sigfrid i després de Gunther per Hagen.

Jenufa (L. Janáček). Laca, quan Jenufa rebutja el seu amor, reacciona irat, li fa un tall a la cara amb un cop de ganivet i la deixa "marcada".

Carmen (G. Bizet). Baralla dels contrabandistes.

Madama Butterfly (G. Puccini). Suïcidi de Cio Cio Son.

Macbeth (G. Verdi). Mort de Duncam per Macbeth. Mort de Banco per sicaris. Mort del mateix Macbeth a mans de Macduff, amb què s'acaba l'obra.

Ernani (G. Verdi). El protagonista se suïcida amb un punyal quan el seu rival li demana que compleixi la promesa que té feta.

Otello (G. Verdi). Suïcidi d'Otello després d'estrangular Desdèmona.

La forza del destino (G. Verdi). Mort de Don Carlos i de Don Álvaro en una baralla amb espases en el darrer acte.

La Gioconda (A. Ponchielli). Suïcidi de La Gioconda abans de lliurar-se a l'espia Barnaba.

Lucia de Lammermoor (G. Donizetti). La protagonista apunyala el nuvi en un atac de bogeria.

Wozzeck (A. Berg). El protagonista apunyala Marie, la seva esposa (segona escena, tercer acte).

Lulu (A. Berg). Suïcidi del pintor, que es degolla. Mort de Lulu i de la comtessa Geschwitz per Jack l'Esbudellador, en l'epíleg de l'obra.

West Side Story (L. Brenstein). Baralla de les bandes rivals.

Infecció de còlera

Lulu (A. Berg). La comtessa Geschwitz contagia la malaltia a Lulu.

Experimentació clínica

Wozzeck (A. Berg). Se sotmet a una dieta de llegums per comprovar l'efecte de l'aberratio mentalis partialis.

Malformacions

Rigoletto (G. Verdi). Geperut.

El fantasma de l'òpera. Novel·la de Gaston Leroux, 1909. Ambientada a l'òpera Garnier, de París. Al soterrani hi viu un autor que té la cara deformada.

Intervencions quirúrgiques

Le tableau de l'opération de la taille (litotomia), de Marin Marais.

Metges

Dr. Bartolo, a *Les noces de Figaro* i a *El barber de Sevilla*.

Dr. Malatesta, a *Don Pasquale*.

Dr. Dulcamara, a *L'elisir d'amore*.

Dr. Cajus, a *Falstaff*.

Maestro Spinellochio, a *Gianni Schicchi* (G. Puccini).

Dr. Grenvil, a *La Traviata* (G. Verdi).

Metge que assisteix Lady Macbeth somnàmbula.

Metge de la caserna que prescriu la dieta a *Wozzeck* i aconsella el capità.

Fals doctor, que interpreta Despina, a *Così fan tutte* (Mozart).

Dr. Josep Corbella i Duch
Advocat

Punció ecoguiada per al tractament del dolor crònic

L'ecografia ens proporciona una correcta visualització d'estructures com músculs, fàscies, tendons, periosti, nervis i superfícies articulars. L'aplicació de la punció ecoguiada ens permet observar en temps real l'avanç de l'agulla i la difusió del fàrmac analgèsic just a l'àrea generadora de dolor. Així mateix, podem allunyar la punta de l'agulla de determinades estructures properes al lloc o en el trajecte de punció com el ronyó, els vasos sanguinis, la pleura, etc. Generalment, les tècniques de punció guiades per imatge en una unitat de dolor crònic estan basades en la fluoroscòpia i la tomografia axial computeritzada. No obstant això, aquestes tècniques produeixen radiacions potencialment nocives i és necessari disposar d'instal·lacions i d'un utilatge específic. En canvi, els ultrasons no són tòxics i no requereixen instal·lacions especials per al seu ús.

Tècnica de punció

Lògicament, la posició del pacient variarà segons la zona en què realitzem la infiltració. La punció ecoguiada requereix unes normes generals i específiques d'esterilitat: la sonda es protegeix amb una funda estèril i el gel conductor ha de ser estèril i no neurotòxic.

Generalment, podem utilitzar dos tipus diferents de sonda ecogràfica (lineal o convexa) que dependrà de la profunditat en què estigui situada l'estructura per infiltrar. A partir de més d'entre 4 i 5 cm de profunditat utilitzarem la convexa. Per a les estructures més superficials la sonda lineal és la més adequada. Per realitzar una tècnica de punció ecoguiada, la sonda s'ha de desplaçar lentament per visualitzar la imatge més idònia per realitzar la punció. No tan sols s'ha de veure una imatge excel·lent del punt diana o àrea generadora del dolor, sinó que també s'ha d'escollir un trajecte lliure d'estructures que no s'han de lesionar (vasos, etc.). És important no exercir pressió amb la sonda sobre la pell, ja que es poden comprimir estructures vasculares i alterar la imatge sonoanatomica. Abans d'introduir l'agulla és recomanable realitzar una petita infiltració del punt de punció amb entre 1

i 2 ml d'anestèsic local (lidocaïna 2%). No obstant això, la infiltració d'estructures més profundes pot produir un fals positiu i emascarar el resultat final. Sempre que es pugui, i en funció de l'experiència del tècnic, nosaltres recomanem que la punció sigui "en pla" (agulla en paral·lel a l'eix longitudinal de la sonda) per poder observar millor tot el trajecte de l'agulla i la difusió de l'agent analgèsic. Una vegada controlada la correcta posició de l'extrem distal de l'agulla mitjançant hidrodisecció (injecció d'1 ml de sèrum fisiològic), es realitza el canvi de xeringa per administrar l'agent analgèsic escollit. És molt recomanable connectar un petit allargador a l'agulla per no alterar la posició de la punta de l'agulla durant els canvis de xeringa.

Indicacions

Les indicacions poden ser tantes com àrees generadores de dolor existents. Tanmateix, tot depèn d'una bona accessibilitat a la punció ecoguiada. Cal recordar que les estructures òssies i les cavitats amb aire són una barrera per al pas dels ultrasons. A continuació, descriurem les tècniques de punció ecoguiada en diferents patologies que tractem freqüentment en una unitat de dolor crònic: dolor miofascial, bloqueig de la branca mitjana de l'arrel posterior lumbar i bloqueig del gangli estrellat.

Dolor miofascial

Les estructures musculars són fàcilment assequibles a l'exploració ecogràfica. La majoria dels músculs són visibles utilitzant una sonda lineal. En pacients obesos o quan explorem músculs més profunds (quadrat lumbar, piriforme i/o psoes), pot ser necessari utilitzar una sonda convexa.

A l'exploració ecogràfica, el múscul presenta un aspecte hipoeogènic amb bandes hipereogèniques que se solen correspondre amb les fàscies. Segons el múscul que explorem, hi haurà altres estructures veïnes (vasos, nervis, superfícies òssies, peritoneu, intestins, pleura, pulmó...).

Descriurem tres exemples de punció ecoguiada a nivell muscular: punció a nivell del propi múscul en els músculs

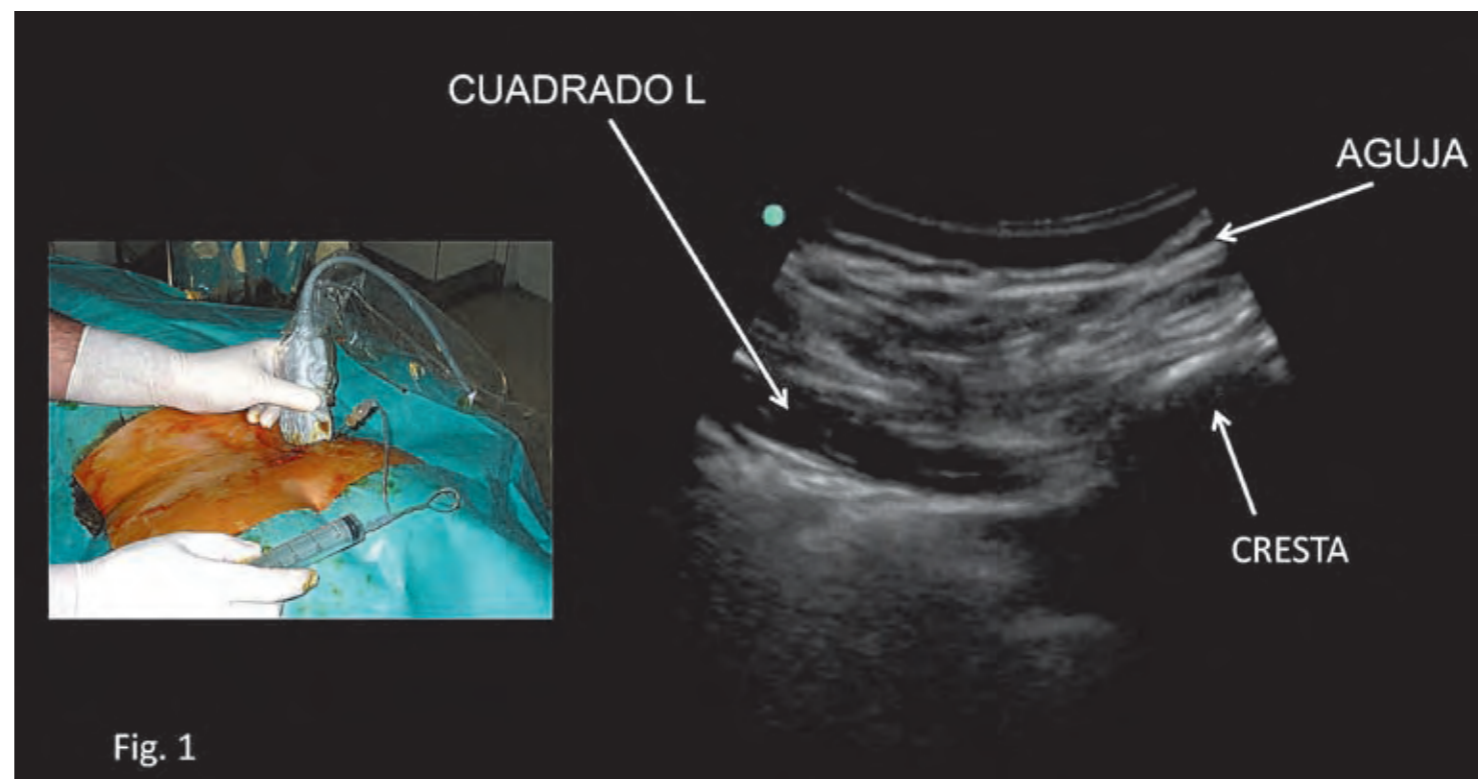


Fig. 1

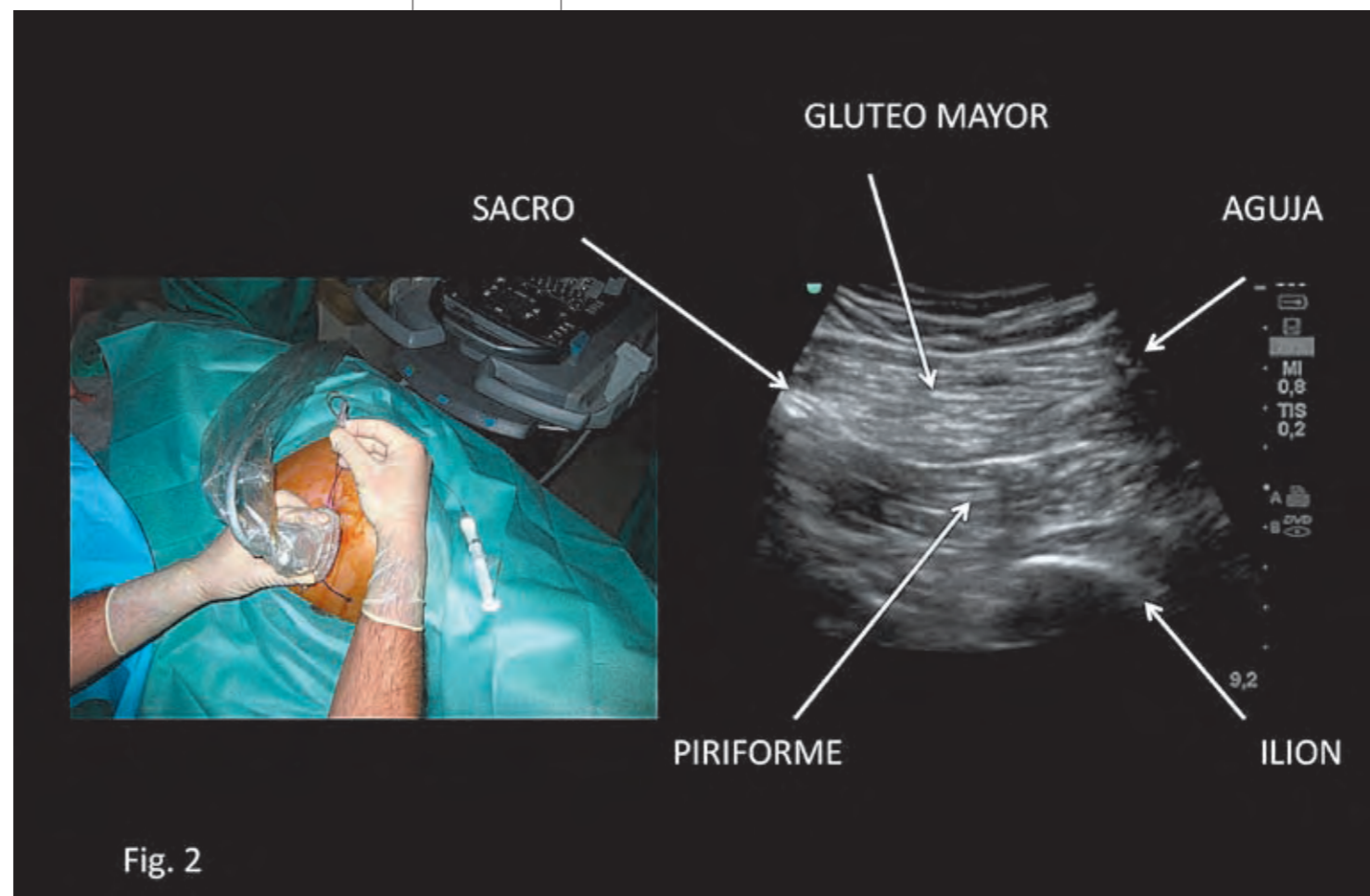


Fig. 2

quadrat lumbar i piriforme, i infiltració a nivell de les fàscies en els músculs de la cintura escapular.

Múscul quadrat lumbar: l'afectació del múscul quadrat lumbar és una de les causes de dolor lumbar d'origen

miofascial més freqüent.¹ Els pacients solen presentar dolor durant la tos, bipedestació perllongada, marxa i en els canvis de posició corporal. El dolor sol manifestar-se a la zona lumbar, no és radicular i presenta una distribució

variable. Els ultrasons ens permeten observar les estructures veïnes que no s'han de lesionar (ronyó) i en temps real l'avanç de l'agulla i la difusió de l'agent analgèsic en el mateix múscul.² Per realitzar la punció, el pacient

es col·loca en decúbit pro. La sonda (convexa) es col·loca entre la cresta ilíaca i la dotzena costella amb el seu eix longitudinal paral·lel a l'eix longitudinal de la columna vertebral lumbar. En desplaçar-la lateralment des de la columna, podem observar el múscul quadrat lumbar en una visió longitudinal just després de desaparèixer l'ombra acústica de les apòfisis transverses (Fig. 1). Per l'extrem distal de la sonda introduïm l'agulla (22 G 0,7 x 90 mm (Quincke)) fins al mateix múscul. En injectar (generalment uns 5-6 ml de bupivacaïna 0,125% sense vasoconstrictor) podem observar que augmenta lleugerament el seu volum.

Múscul piriforme: les causes de la síndrome piriforme poden ser traumatismes, alteracions de la marxa i/o mals hàbits posturals.¹ Es produeix una irritació del nervi ciàtic i el quadre clínic pot manifestar-se com una pseudociatàlgia. El dolor pot ser present a la natja, el maluc i la part posterior de la cuixa. La sospita clínica pot confirmar-se amb un bloqueig diagnòstic mitjançant la infiltració d'anestèsic local.

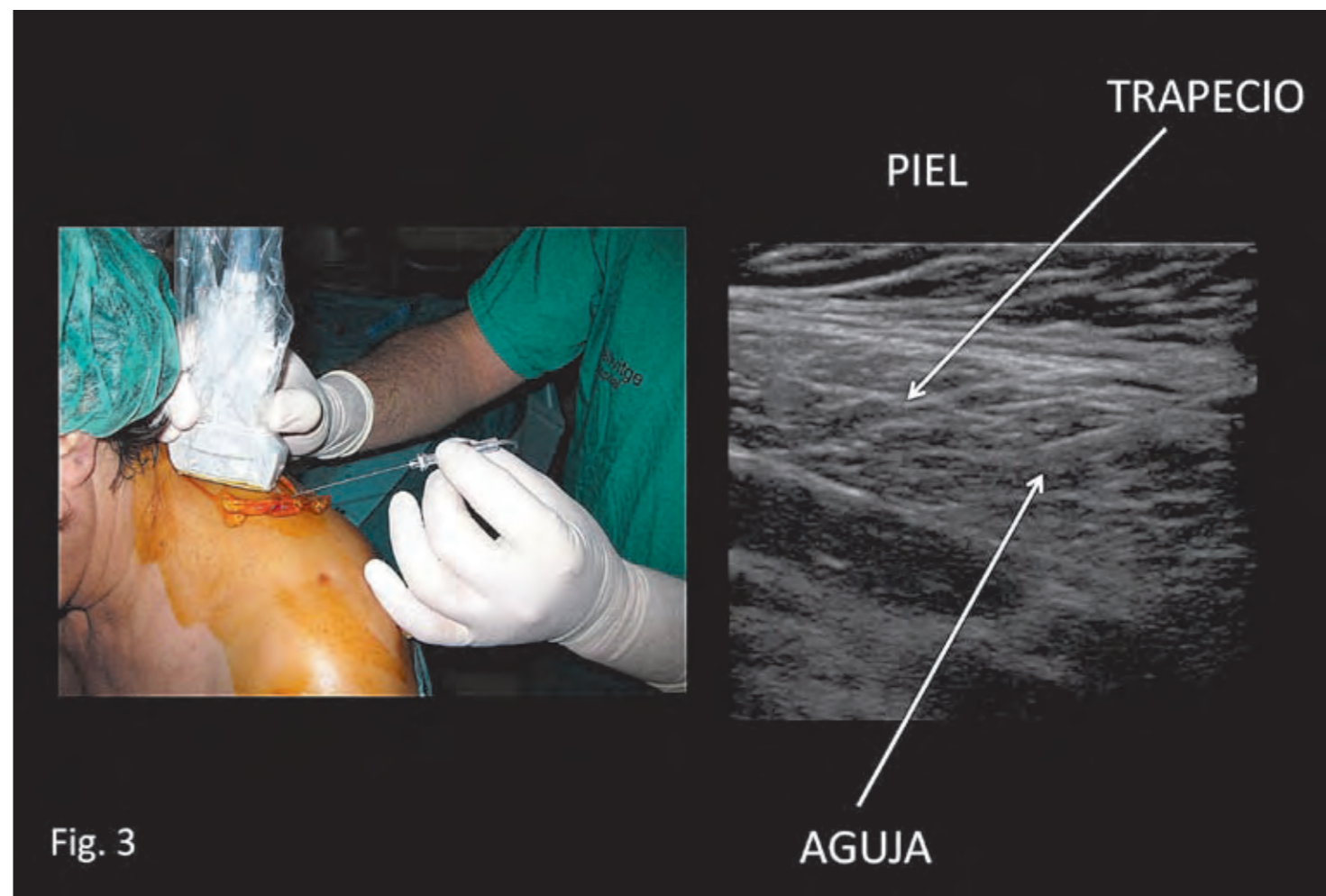
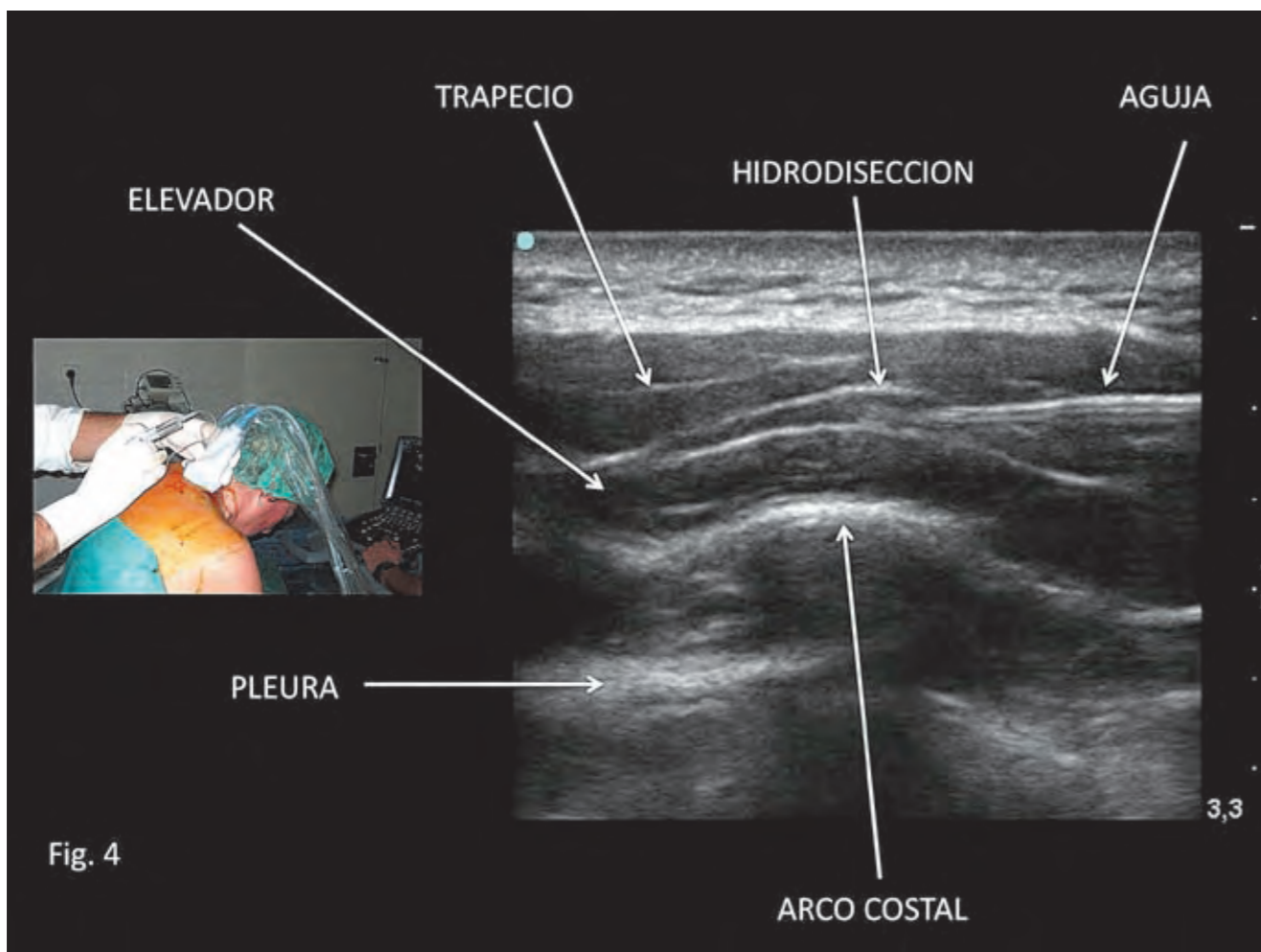
Per realitzar la punció, el pacient es col·loca en posició de decúbit lateral amb maluc i genoll del costat per bloquejar en flexió i a dalt. Si en aquesta posició es col·loca una sonda convexa

Permet observar a temps real l'avanç de l'agulla i la difusió del fàrmac analgèsic just a l'àrea generadora de dolor

També possibilita allunyar la punta de l'agulla de les estructures properes al lloc o en el trajecte

A diferència d'altres tècniques, els ultrasons no són tòxics i no requereixen instal·lacions especials per al seu ús

entre la part mitjana de la vora lateral del sacre i el trocànter major, es visualitza el múscul piriforme juntament amb el nervi ciàtic (Fig. 2). En la figura es pot observar l'ombra acústica de l'ili i el múscul piriforme es visualitza per sota



del múscul gluti major. Generalment, si introduïm l'agulla per l'extrem lateral de la sonda, l'agulla es dirigeix cap a la massa muscular més voluminosa del pirforme i lluny del nervi ciàtic. Amb un volum entre 4-6 ml d'anestèsic local (bupivacaïna 0,125% sense vasoconstrictor) és suficient per a un bloqueig diagnòstic-terapèutic.

Les indicacions per a aquesta tècnica són tantes com les àrees generadores de dolor

entre el múscul trapezi i l'elevador de l'escàpula.

Bloqueig de la branca mitjana de l'arrel posterior

El bloqueig de la branca mitjana de l'arrel posterior lumbar és útil per al tractament del dolor originat a les

articulacions posteriors de la columna lumbar. La selecció de pacients ha de ser acurada i basada en una adequada anàlisi clínica i radiològica que permeti descartar altres patologies de la columna com a causa del dolor.

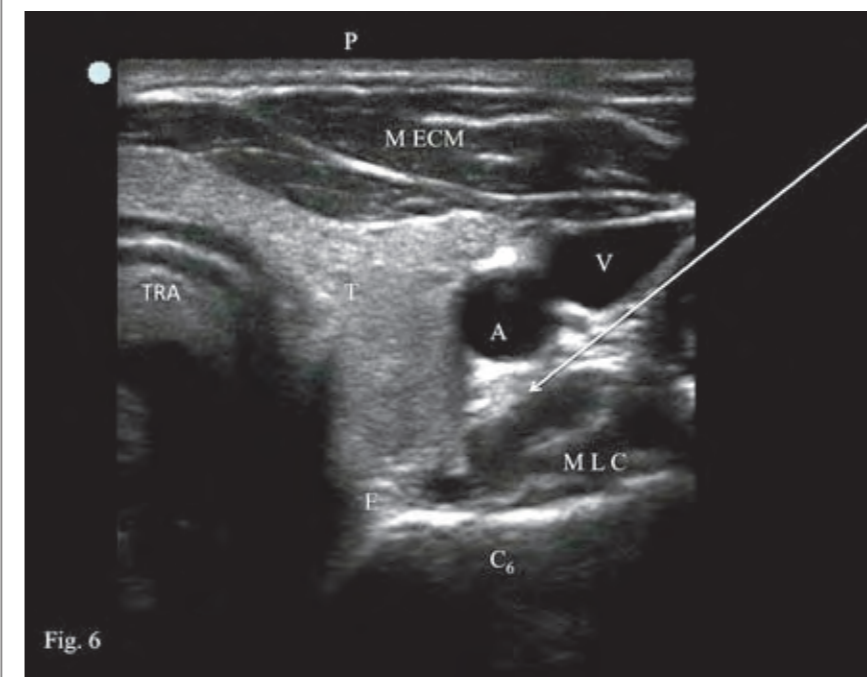
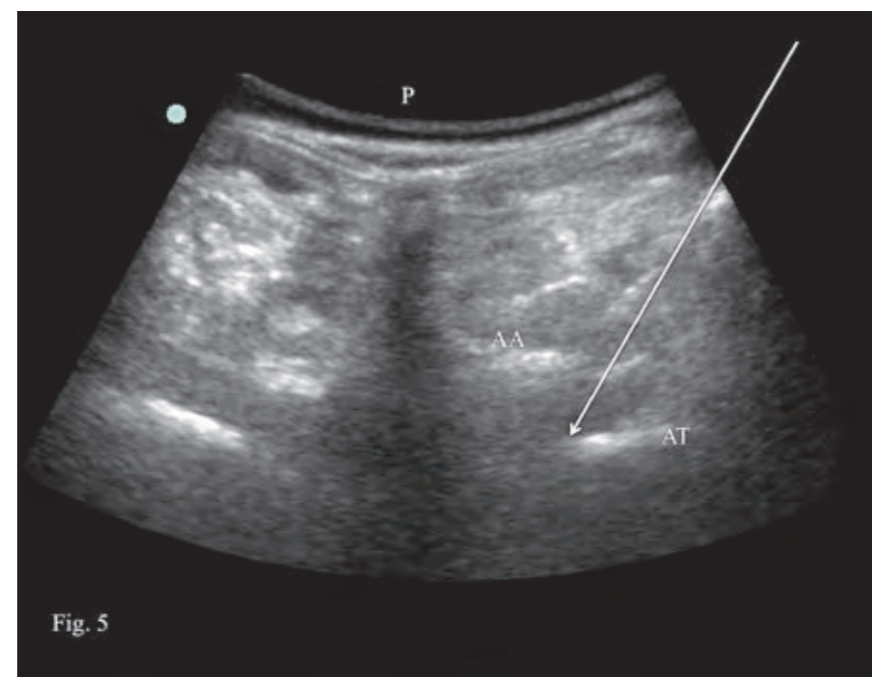
Les facetes vertebrals estan formades per la cara inferior de la vèrtebra superior i la cara superior de la vèrte-

La posició del pacient variarà segons la zona en què realitzem la infiltració

bra inferior. La causa més freqüent de la síndrome de l'articulació facetària és degenerativa (artrosi).⁴

Els ultrasons ens permeten una punció ecoguiada tant de la branca mitjana de l'arrel posterior com de la pròpia articulació facetària. La sensibilitat de l'articulació és conduïda pel ram medial de l'arrel posterior que creua la part superior de l'apòfisi transversa a la confluència amb l'apòfisi articular. Un ram medial condueix la sensibilitat de l'articulació facetària d'un mateix nivell i també dona una branca cap a l'articulació inferior. L'articulació entre L5-S1 rep també una branca des del forat radicular de S1. Aquesta particularitat en la innervació sensitiva implica fer un bloqueig a dos nivells.

Per fer la tècnica, el pacient es col·loca en decúbit pro i una sonda convexa es col·loca transversalment per sobre de l'apòfisi espinosa lumbar L2. La sonda es desplaça lentament en una direcció caudal fins que s'observen les apòfisis transverses de L3. Seguidament, s'introdueix en pla una agulla 22 G 0,7 x 90 mm o una agulla de radiofreqüència de 100 mm dirigint l'extrem distal de l'agulla cap al punt de confluència entre l'apòfisi articular i l'apòfisi transversa (es percep un contacte ossi).⁵ Després d'un test d'aspiració negatiu, s'injecta un volum d'entre 0,5-1 ml de l'agent analgèsic



escollit. A la figura 5 podem observar que la fletxa ens mostra la direcció de l'agulla cap a la confluència entre l'apòfisi articular (AA) i l'apòfisi transversa (AT). La part superior de la imatge (P) correspon a la pell. Si administrem més volum, l'agent analgèsic injectat pot difondre cap a estructures veïnes i es pot produir un fals positiu en la interpretació del bloqueig.⁶ El procediment es repeteix per a la resta de nivells del costat dret i esquerre de la columna lumbar. Les crestes iliaques ens poden dificultar una punció en pla a nivell de les apòfisis transverses de L5 i del ram posterior de L5 a nivell de l'escotadura vertebral a l'ala sacra.⁷

Bloqueig del gangli estrellat

El gangli estrellat està format per la fusió del gangli cervical inferior i del primer gangli toràcic. El bloqueig està indicat en el tractament de processos dolorosos i vasculars de l'extremitat superior, l'àrea superior del tòrax i la regió cervical.⁸ La punció ecoguiada disminueix el risc de possibles complicacions (pneumotòrax, punció de l'esòfag, tiroides o estructures vasculars).⁹ Les referències sonoanatomiques són l'apòfisi transversa de C6 i l'artèria caròtida. El gangli estrellat és difícil de diferenciar de la fàscia prevertebral que cobreix el múscul llarg del coll. Per realitzar la tècnica, el pacient es col·loca en decúbit supí amb el cap en una posició neutra. La punció es realitza amb la sonda (lineal) col·locada transversal a nivell del cartílag cricoide i lleugerament lateral. S'identifica l'apòfisi transversa de C6 com una línia hiperecogènica, la glàndula tiroides, la caròtida i la vena jugular interna.¹⁰ Una agulla (22 G de 50 mm) s'introdueix per la cara lateral per fora del paquet vascular fins a la fàscia prevertebral entre el múscul llarg del coll i l'artèria caròtida. A la figura 6 podem observar la direcció de l'agulla (fletxa) cap a l'espai entre l'artèria caròtida (A) i el múscul llarg del coll (M LC). També a la figura 6 podem veure el múscul esternocleidomastoideu (M ECM), la vena jugular interna (V), tiroides (T), tràquea (TRA), apòfisi transversa de C6 i l'esòfag pot correspondre a la imatge (E). Com podem observar, en el trajecte de l'agulla cal evitar les estructures vasculars i nervioses pròpies d'aquesta àrea del coll. Un test d'aspiració negatiu (sang i líquid cefaloraquídi) i el control d'una correcta difusió mitjançant hidrodisecció (0,5 ml de sèrum fisiològic) són indispensables abans d'injectar l'agent analgèsic. El resultat positiu del bloqueig produirà l'aparició de la síndrome de Horner: miosi, ptosi palpebral i enoftalmos.

Contraindicacions

Les contraindicacions generals són

les habituals per a qualsevol tipus de punció: al·lèrgia als agents analgèsics, infecció i coagulopatia. No visualitzar l'agulla i/o la difusió de l'agent analgèsic és també una contraindicació per fer una punció ecoguiada. No cal dir que és imprescindible la identificació correcta de les imatges sonoanatomiques que observem a la pantalla de l'aparell d'ecografia.

Complicacions

Les complicacions depenen sobretot de l'àrea de la punció. Poden ser degudes a la lesió física produïda per l'agulla de punció i toxicitat local o general de l'agent administrat.

En l'àrea lumbar, podem produir una punció visceral (ronyol), vascular o fins i tot una punció del canal espinal.

En el cas de bloqueig del gangli estrellat, les complicacions poden ser afonia per bloqueig del nervi laringi recurrent, bloqueig del plexe braquial, bloqueig del nervi frènic, pneumotòrax, injecció epidural, subaracnoïdal o vascular i punció de l'esòfag i la glàndula tiroides.¹¹

Conclusions

La incorporació de la punció ecoguiada en les unitats de dolor ens evita en molts casos l'exposició a les radiacions ionitzants.¹² La visió directa i en temps real de l'agulla i de la difusió de l'agent analgèsic pot disminuir l'aparició de complicacions.¹³ Creiem que la punció ecoguiada és una tècnica d'imatge excel·lent per la punció d'estructures musculars, fascials, bloqueig de nervis perifèrics o estructures nervioses relativament superficials. La presència d'ombres produïdes per estructures òssies o cavitats amb aire faran que escollim altres tècniques d'imatge com a guia de punció. En aquests casos, utilitzarem la fluoroscòpia o la tomografia axial computeritzada.

No cal dir que són imprescindibles uns coneixements anatòmics i una correcta interpretació de la imatge sonoanatomica en relació amb la imatge anatòmica clàssica.

Dr. Tomás Domingo

Clinica del Dolor. Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor Hospital Universitari Bellvitge-IDIBELL

Dra. Reis Drudis

Unitat de Dolor Agut. Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor Hospital Santa Maria - GSS

Dr. Antonio Montero

Responsable Unitat del Dolor. Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor Hospital Universitari Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFIA

- 1 Simons DG, Travell JG, Simons LS. Músculo Cuadrado Lumbar. En: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial. Volúmen 2. El Manual de los Puntos Gatillo, ed. Médica Panamericana, SA; 2002. p. 37-110.
- 2 Domingo T, Mayoral V, Casals M, Miguel-Pérez M. Ultrasound-guided Puncture: Applications in a Chronic Pain Clinic. Rev Esp Anestesiol Reanim 2010; 57: 431-438.
- 3 Domingo T, Blasi J, Miguel-Pérez M, Mayoral V, Casals M. Is interfascial block with ultrasound-guided puncture useful in treatment of myofascial pain of the trapezius muscle?. Clin J Pain 2011; 27: 297-303.
- 4 Prithvi Raj P. Tratamiento Práctico del Dolor. Barcelona: Ediciones Harcourt, SA; 2002, 3ª Edición.
- 5 Greher M, Kirchmair L, Enna B, Kovacks P, Gustoff B, Kapral S, Moriggi B. Ultrasound-guided lumbar facet nerve block: accuracy of a new technique confirmed by computed tomography. Anesthesiology 2004; 191 (5): 1195-1200.
- 6 Cohen SP, Stojanovic MP, Crooks M, Kim P, Schmidt RK, Shields CH, Croll S, Hurley RW. Lumbar zygapophysial joint radiofrequency denervation success as a function of pain relief during diagnostic medial branch blocks: a multicenter analysis. Spine J 2008; 3: 498-504.
- 7 Sato M, Simizu S, Kadota R, Takahashi H. Ultrasound and nerve stimulation-guided L5 nerve root block. Spine 2009; 34: 2669-2673.
- 8 López-Alarcón MD, De Andrés J. Bloqueo del ganglio estrellado: aplicaciones en el tratamiento del dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 449-453.
- 9 Narouze S, Vydyanathan A, Patel N. Ultrasound-guided stellate ganglion block successfully prevented esophageal puncture. Pain Physician 2007; 10: 747-752.
- 10 Shibata Y, Fujiwara Y, Komatsu T. A New Approach of Ultrasound-Guided Stellate Ganglion Block. Anesth Analg 2007; 105 (2): 550-551.
- 11 Rastogi S. Cardiac arrest following SGB performed under US-guidance. Anaesthesia 2010; 65: 1041-1049.
- 12 Ultrasound-G Interventional Procedures in Pain Management. Evidence-Based Medicine. Narouze S. Reg Anesth Pain Med 2010.
- 13 Hadzic A, Sala-Blanch X. Ultrasound Guidance May Reduce but Not Eliminate Complications of Peripheral Nerve Blocks. Anesthesiology 2008; 108: 557-8.

L'ecografia clínica

L'ecografia és una forma segura, innòcua i eficient d'obtenir imatges corporal, utilitzada pels metges des de fa mes de mig segle com una valuosa ajuda diagnòstica i una excel·lent guia en procediments.

Com a tècnica d'imatge, l'ecografia fou patrimoni de la radiologia, però progressivament altres especialitats la incorporaren dins de les seves exploracions i la convertiren en rutinària i quasi imprescindible. L'Obstetrícia, Cardiologia, Vascular, etc. són exemples pioners als quals s'han anat sumant moltes altres àrees en diferents àmbits i, amb més o menys problemes, actualment aquesta realitat és acceptada per tots com normal i desitjable.

Paral·lelament, i durant les últimes dues dècades, els equips d'ultrasons, (tradicionalment grans, complexos i poc desplaçables) han evolucionat a ecògrafs portàtils cada cop mes petits, de fàcil maneig, amb una bona qualitat d'imatge i a un cost assequible. Aquesta evolució ha facilitat la utilització de l'ecografia en diferents punts d'atenció mèdica, com Atenció Primària, pediatria, urgències, malats crítics tant intra com extrahospitalaris, cures pal·liatives i hospitalització al domicili del pacient, etc. cada una amb les seves pròpies indicacions i limitacions. També és utilitzada en entorns poc sanitaris, a tall d'exemple, es realitzen ecografies en alta muntanya per valorar el risc d'aparició de mal d'altura, en competicions esportives habituals, i és rutinari el seu ús per part dels astronautes de l'Estació Espacial Internacional.

Al concepte d'una ecografia realitzada i interpretada pel metge clínic que atén el malalt en un lloc determinat, sigui o no en entorn hospitalari, se'l coneix com "estetoscopi ecogràfic" o "ecoscòpia". En aquest article s'analitza aquest concepte, que evoluciona ràpidament de la teoria a la realitat i que, amb tota seguretat, la seva aplicació serà generalitzada en un futur proper.

Què és l'ecografia clínica?

L'ecografia tradicional obeeix a una concepció organícista, és a dir, centrada en l'exploració dels diferents òrgans i sistemes segons l'especialitat mèdica considerada. El seu objectiu és descriure totes les alteracions, disfuncions o lesions en una zona/òrgan determinat i posteriorment el metge clínic enquadra aquesta informació (prova complementària) conjuntament amb altres en el cas específic d'un malalt. Però molt sovint els mateixos radiòlegs es queixen, amb raó, de la poca informació clínica que escrivim en les nostres peticions i que els ajudaria en les seves conclusions.

L'evolució de l'ecografia descrita anteriorment, juntament amb l'aparició i normalització d'exploracions ecogràfiques en òrgans tradicionalment considerats poc

L'ecoscòpia és l'ecografia realitzada i interpretada per un metge clínic fora o dins de l'hospital

El concepte evoluciona ràpidament i l'aplicació serà generalitzada en un futur proper

Està enfocada a signes i símptomes concrets, no a òrgans o sistemes

accessibles als ultrasons, com, per exemple, el pulmó, ha propiciat l'aparició de l'ecografia clínica, que està enfocada a signes i símptomes concrets, no a òrgans o sistemes, i està indissolublement lligada a la clínica. Per tant ja no és una prova complementària més, sinó que es converteix en un tipus d'exploració addicional, en un *fonendo* que permet veure-hi. La potència diagnòstica de l'ecografia clínica és molt alta, atés que permet correlacionar la informació clínica i les imatges ecogràfiques dinàmiques en les mateixes mans i al mateix temps, i això augmenta l'eficàcia, la seguretat diagnòstica, permet conside-

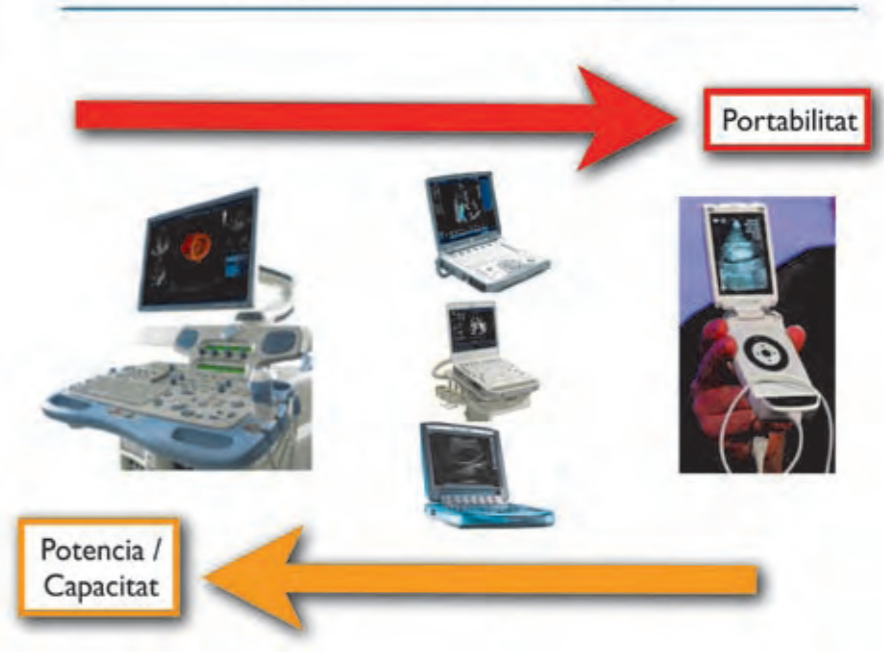
rar altres opcions no sospitades i avalua terapèutiques de forma ràpida i fàcilment repetible. Són múltiples els estudis que avalen aquesta afirmació.

Com que és una exploració centrada en el problema, té un caràcter transversal, és a dir, és necessari explorar diferents òrgans (de diverses especialitats) que poden intervenir en un mateix problema clínic i les alteracions trobades han de ser congruents amb la clínica del pacient. Per tant, ja no caldrà trobar totes las alteracions (labor de cada especialitat), sinó aquelles clínicament rellevants. Com a exemple, en una dispnea aguda és essencial fer una ecocardiografia, una ecografia pulmonar i una de vascular, i és evident que no poden ser realitzades en aquest tipus de malalt d'una forma exhaustiva, però trobar de forma ràpida una absència d'envasament pericàrdic, una hicontractibilitat global marcada, línies B en els àpexs pulmonars (crepitants ecogràfics), una vena cava inferior dilatada i amb poca variació respiratòria (ingurgitació venosa ecogràfica) i sense trombosi venosa femoral o poplitària, ens orientarà cap a una causa cardíaca de la dispnea quasi amb tota seguretat si, a més, complementa la prèvia sospita clínica. Si la interpretació de les troballes es fa de forma aïllada (organícista) el seu valor diagnòstic és molt menor, i cal considerar-los de forma sumatòria (diversos òrgans) i en el context del pacient. Si durant l'exploració trobem una litiasi biliar, el seu valor clínic en aquest moment serà probablement escàs.

Com s'ha d'utilitzar l'ecografia clínica?

Un dels problemes de l'ecografia és que és operador dependent, encara que probablement ho és menys que l'exploració física habitual, però com aquesta, necessita d'un aprenentatge, una competència definida i un ús apropiat per evitar interpre-

Evolució dels equips



]] tacions errònies amb les conseqüències associades.

En el nostre àmbit, els criteris per considerar viable la pràctica habitual de l'ecografia clínica són diversos. Primer, la seva realització haurà de ser normalment ràpida, això té tot el seu sentit en la realitzada en serveis d'Urgències, independentment del seu àmbit, utilitzar l'ecografia clàssica pot ser incompatible amb la disponibilitat esperada dels metges que, a més, treballen habitualment amb fluxos elevats de pacients als quals han de donar una ràpida resposta. Segon, simple seguint protocols clinicsecogràfics establerts i validats. Tercer, fàcil en la realització tècnica amb la utilització dels botons imprescindibles. Quart, portable, ja que els aparells s'hauran de desplaçar, sense sofisticats requeriments tècnics, amb procediments d'adquisició i emmagatzemant d'imatges simples que faciliten la revisió posterior. Cinquè, adaptable, perquè probablement l'ecografia no serà realitzada en els ambients de llum millors per a un anàlisi òptima de la imatge. Finalment, de qualitat.

Per tot això, les indicacions hauran de ser a la vegada limitades en nombre, referents a patologies freqüents i amb resultats ecogràfics altament sensibles i específics. El concepte d'un examen limitat és fonamental, atès que el risc de confusió entre l'ecografia clínica i un examen ecogràfic clàssic és real i potencialment perillós. No hi ha res més perjudicial que creure erròniament que es va fer un bon examen.

Considerant els punts anteriors, els avantatges de la pràctica d'aquest tipus d'ecografia haurien de ser múltiples. El metge pot aprofitar per parlar amb el pacient i, en funció de les troballes, reorientar la història clínica. El pacient se sent escoltat i emparat per la tecnologia, que tantes vegades reclama i considera imprescindible. En el context actual, on els circuits de proves complementàries que recorren a un altre especialista (possiblement no disponible ràpidament o en molts casos localitzable a domicili) són habitualment llargs, seria previsible un menor temps d'espera. Per als serveis especialitzats, freqüentment també saturats per peticions, moltes de suposadament urgents, la selecció prèvia hauria de reduir el nombre d'exàmens i permetre



Ecògraf

La realització ha de ser ràpida, simple, fàcil, portable i adaptable

Les àrees mèdiques més beneficiades són aquelles en què el factor temps és molt important

orientar-los millor.

La defensa anterior de l'ecografia clínica no pretén discutir les indicacions, tant en context urgent com habitual, d'una ecografia clàssica que requereix una elevada qualificació professional, que ha de ser realitzada per un ecografista expert i que suposa la utilització d'un equip d'alta gamma o el recurs a altres formes d'imatge.

En quins camps clínics puc emprar-la?

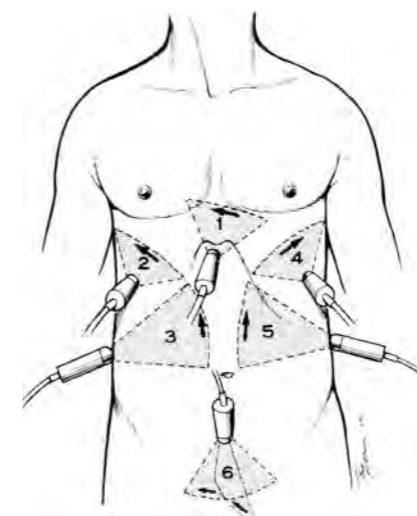
Des de finals dels anys vuitanta existien publicacions que preconitzen la utilitat de la ecografia en mans de metges clínics. És a Europa i el Japó on es desenvolupa una major evidència sobre això. Als EUA, Rozinky et al. publicaren en 1995 el conegut protocol FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma), el seu objectiu és la cerca sistemàtica i ràpida (menys de 2 minuts) de sang/líquid lliure intraperitoneal i pericàrdic en pacients traumàtics per metges no radiòlegs. És conegut a tot el món, inclòs des del 2004 en el ATLS (Advance Trauma Life Support) i en la formació habitual dels residents en Cirurgia i Emergències als Estats Units i altres països. Amb els seus avantatges i inconvenients, l'èxit del protocol FAST es atribuïble, d'una banda, a haver validat una forma ràpida, reproducible, cost-efectiva i simultània a l'exploració habitual en la valoració de pacients traumàtics, i, per l'altra, en la seva contribució perquè metges al càrrec de patologies agudes i crítiques de tot el món es familiaritzessin amb l'ecogra-

fia i, a poc a poc, desenvolupessin noves indicacions i aplicacions en molts temes que constantment són publicats.

Des d'aleshores són molts els protocols clinicsecogràfics apareguts en la literatura. Tots tenen en comú intentar limitar la dependència, i centrar-se en signes/síntomes específics, limitar els punts d'exploració i construir arbres de decisió que limiten les respostes possibles, moltes vegades dicotòmiques (hi ha o no una determinada lesió). Tot això condueix a resultats d'aplicabilitat clínica molt rellevants.

El recentment validat BLUE, protocol, que de forma ràpida i simple discrimina les causes d'una dispnea aguda, o el FATE (Focus Assessed Transtoracic Echocardiography), que avalua de forma fàcil la funcionalitat cardíaca global i las bases pulmonars, són exemples d'aplicació clínica.

Les àrees mèdiques que potencialment més se'n beneficien són aquelles en què el factor temps és important, la possibilitat d'una ajuda diagnòstica addicional, útil i ràpidament disponible, sens dubte, facilitarà un millor maneig. A més, és fàcilment



Punts del FAST

repetible si les condicions del pacient canvien. En aquest sentit, les últimes guies internacionals sobre el maneig del dolor toràcic recomanen la realització d'una ecocardiografia en la valoració inicial i a l'ingrés en els serveis d'Urgències per personal

entrenat. Com a exemple extrem, les guies en reanimació del novembre del 2010 reconeixen la utilitat de l'ecografia en l'aturada cardíaca, en concret en l'activitat elèctrica sense pols (AESP) on, a més de proporcionar al pacient una reanimació eficaç, que no ha de ser interrompuda més enllà de 10 segons, trobar la causa és converteix en un factor decisiu. Seguint el protocol FEER (Focused Echocardiographic Evaluation in Resuscitation), l'ecografia ens ajudarà a identificar ràpidament (en menys de 10 segons) i, per tant, tractar un tamponament cardíac, una hipovolèmia greu, un dèficit de contractibilitat ventricular sever, una repercussió aguda sobre el ventricle dret d'un tromboembolisme pulmonar i un pneumotòrax, totes incloses en les causes que cal descartar en l'AESP i que atesa la situació crítica del pacient serà difícil, o impossible, comptar amb la col·laboració d'especialistes experts.

Són moltes les àrees mèdiques tributàries d'utilitzar l'ecografia, a més de les conegudes. En atenció especialitzada seria desitjable utilitzar-la per quasi tots els procediments habituals: vies venoses centrals o perifèriques difícils, toracocentesi, paracentesi, bloquejos, pericardiocentesi, artrocentesi, etc. La diferència és entre fer-ho a cegues, per referències anatòmiques, o veient el que punxes, sens dubte, si es tracta de seguretat, millor la segona.

Hi ha molta experiència en l'ecografia en Atenció Primària a l'Estat espanyol. La seva aplicabilitat és múltiple, serveix de suport diagnòstic complementari a les altres tecnologies mèdiques disponibles, pot evitar, diferir o indicar una derivació segons la troballa ecogràfica en una determinada sospita clínica i és útil en el seguiment de lesions ja tipificades.

Altres camps d'aplicació són els d'*screening*, partint que els beneficis del cribatge han de ser sospesats davant els danys, sobretot de resultats fals positius que condueixen a proves o intervencions addicionals innecessàries. L'ecografia pot ser utilitzada com una prova de detecció per a malalties cardiovasculars i ginecològiques, però a hores d'ara no hi ha una evidència clara sobre les indicacions, i fins i tot els serveis preventius dels EUA han recomanat específicament que l'ecografia no té lloc per a la detecció de rutina de l'estenosi caròtida, malaltia vascular perifèrica o càncer d'ovari en la població general (recomanació classe D: "Ineficaç o els danys són més que els beneficis"), encara que continuen les investigacions per determinar subgrups de població que podrien beneficiar-se de tals *screenings*. En canvi, des del 2005 s'accepta amb recomanació classe B la detecció per ecografia de l'aneurisma aòrtic abdominal en homes d'edats compreses entre els 65 i els 75 anys que han fumat algun cop. L'ecografia té una sensibilitat del 95% i una especificitat de prop del 100% quan es realitza en un entorn amb la garantia de qualitat adequada. L'aprenentatge de l'ecografia en l'aorta abdominal ha demostrat que és molt senzill, i la detecció en Atenció Primària pot]]]



Ecografia clínica practicada en un centre hospitalari



Aplicació fora de l'entorn hospitalari



FAST en hipocondri D

constituir un mètode cost-efectiu. Perquè els plantejaments anteriors funcionin de forma òptima, la relació, coordinació i transferència d'informació entre nivells assistencials també ha de ser-ho.

Com puc formar-me?

Contra tot pronòstic, l'ecografia té una corba d'aprenentatge inicial ràpida. Pel contrari, arribar a ser un expert vol anys. L'aprenentatge per realitzar bons exàmens ecogràfics, pot ser llarg i complex, sense comptar que suposa tenir aptituds particulars d'orientació espacial que no són universals.

Les imatges són, habitualment, anatòmiques i dinàmiques, la qual cosa facilita la seva identificació en associar-les amb els conceptes anatòmics coneguts i segurament oblidats.

Són múltiples les associacions i societats científiques a tot el món que organitzen cursos de formació, en diferents nivells de competència, que pretenen unificar els coneixements i les habilitats ecogràfiques que ha de dominar un metge clínic en la seva àrea. En els nivells inicials s'ha de conèixer el maneig bàsic de l'equip, una interpretació de les imatges inequívoca i centrar-se en aquelles patologies/procediments en les quals l'ecografia suposa un major valor afegit i una menor variabilitat interoperadora. Els cursos específics varien entre poques hores de durada per al FAST, un dia per al FEER, tres dies per a ecografia en pacients aguts, urgents i crítics a la UdL, a mesos en funció de l'amplitud de la formació desitjada. Tots són suficients per introduir-se en el món de l'ecografia que, després d'un temps i sota el supòsit que es desenvoluparà una pràctica progressiva, millor si és tutelada, augmentarà la seguretat diagnòstica i oferirà un resultat d'alta seguretat i de qualitat suficient. Per això seria de gran ajuda comptar amb els diferents experts que transmetran una part, petita, dels seus coneixements ecogràfics a metges clínics establirem una col·laboració mútuament satisfactòria

La substitució recent de molts equips ecogràfics per altres de millors prestacions hauri de fer relativament fàcil l'accessibilitat als antics ecògrafs, que són perfectament vàlids per a les nostres necessitats inicials, i això associat als avanços tecnològics en *e-learning* disponibles en l'actualitat permet suposar que l'ecografia en mans de metges clínics, una vegada formats, permetrà adquirir la competència necessària que respongui a les seves necessitats clíniques sense haver de tenir per objecte fer de l'ecografia la seva especialitat.

La Facultat de Medicina de Lleida és pionera en aquest camp a l'Estat i realitza cursos de postgrau, des de fa anys, en ecografia clínica per a patologia aguda. Seguint l'estela d'altres facultats als EUA, a 4rt i 5è de Medicina els alumnes, de forma optativa, poden iniciar-se en alguns dels algoritmes clinicoecogràfics més coneguts.



Seguiment de l'ecografia

Són múltiples les associacions i societats científiques que organitzen cursos de formació en diferents nivells

L'octubre del 2012 tindrà lloc a Barcelona el VIII Congrés Mundial en Ecografia Clínica, que amb tota seguretat serà un aparador excel·lent per donar a conèixer les múltiples aplicacions que constantment són publicades.

Reflexions finals

La posada en pràctica de l'ecografia clínica passa per una reflexió sobre l'organització d'una formació adaptada, teòrica i pràctica, inicial i contínua per poder considerar-se com la prolongació de la mà del metge i, per tant, integrar-la completament en l'acte mèdic de diagnòstic, de la mateixa forma que es connecta un monitor, es programa un respirador, es pren la tensió, es realitza un ECG o s'utilitza una tira reactiva.

Però qualsevol acte mèdic genera responsabilitat al metge que el realitza, les conseqüències d'un error poden ser dramàtiques, sobretot en el context de l'atenció urgent, i, per tant, és molt recomanable establir els límits de competència. Aquest debat es desenvoluparà en la mesura que augmentin la transferència de coneixements, la formació, l'ús i el nombre de les exploracions realitzades que, conjuntament, definiran la utilitat real en el nostre entorn del "fonendoscopi del segle XXI".

Dr. Ramon Nogué

Facultat de Medicina. Universitat de Lleida
 Director. Cursos de Formació en Ecografia Clínica per Patologia Aguda, Urgent i Crítica.
 Unitat de Cures Intensives.
 Hospital Santa Maria
 Unitat de Cures Intermèdies
 Hospital Montserrat. Lleida

BIBLIOGRAFIA

Christopher L. Moore, MD, Joshua A. Copel, M.D. Point-of-Care Ultrasonography New England Journal of Medicine, 364;8 february 24, 2011

Lichtenstein DA, Mezière GA. Relevance of lung ultrasound in the diagnosis of acute respiratory failure: the BLUE protocol. Chest (2008) 134(1):117-125.

Nogué, R. Editorial. La ecografia en medicina de urgències: una herramienta al alcance de los urgenciólogos. Emergencias 2008; 20: 75-77

GarcíaVicente, E. Campos Nogué, A. Gobernado Serrano, M.M. Ecocardiografía en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva. 2008;32(5):236-47.

Luca Neri, MD; Enrico Storti, MD; Daniel Lichtenstein, MD. Toward an ultrasound curriculum for critical care medicine. Crit Care Med 2007; 35(Suppl).

Raoul Breitkreutz, MD; Felix Walcher, MD, PhD; Florian H. Seeger, MD. Focused echocardiographic evaluation in resuscitation management: Concept of an advanced life support-conformed algorithm (FEER). Critical Care Medicine 2007 Vol. 35, No. 5 (Suppl.)

Rockville, MD. Screening for carotid artery stenosis. U.S. Preventive Services Task Force, December 2007. Screening for abdominal aortic aneurysm: recommendation statement. Annals of Internal Medicine, 2005;142:198-202 (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf.htm>.)

Jensen, MB, Sloth, E, Larsen, KM, Schmidt, MB. Transthoracic echocardiography for cardiopulmonary monitoring in intensive care (FATE). European Journal of Anaesthesiology 2004; 21: 700-707

Un cas de deontologia

Respecte entre metges i responsabilitat de la prescripció

De ben segur que tots els professionals que treballem a EAP del sistema públic de salut tenim, amb més o menys freqüència, pacients que consulten "només" perquè els "passem les receptes" de medicaments que han prescrit altres metges (privats, de mútues o altres especialistes del sistema públic). Sovint, l'única informació que se'ns proporciona és una recepta sense cap diagnòstic ni raonament que justifiqui el perquè de la indicació i la selecció d'aquell fàrmac en concret.

Amb la informació de què disposem sobre el pacient, podem estar d'acord amb el tractament proposat i assumir-ne la responsabilitat o oferir-li l'alternativa que creiem més indicada. En aquest cas, no és estrany que el metge que ha indicat el primer tractament faci comentaris poc respectuosos sobre la nostra actuació.

El cas

El director d'un Equip d'Atenció Primària (EAP) de la xarxa pública denuncia un company per una possible violació d'alguns articles del Codi de Deontologia del COMB.

Es tracta d'un metge que, a la seva consulta privada, atén persones que després van al seu metge de família de l'EAP perquè els faci les receptes a càrrec del Servei Català de la Salut (SCS). Diversos metges de família de l'EAP, com que no estan d'acord amb els medicaments que prescriu el company, ofereixen altres alternatives als pacients. Quan els pacients li expliquen el canvi, el metge reacciona verbalment i els entrega escrits que qüestionen els coneixements, la professionalitat i els motius dels metges de l'EAP pel canvi de medicació.

Després de la instrucció del cas, es conclou que hi ha una vulneració dels articles 26 i 97 del Codi de Deontologia, fet que constitueix una falta greu. La Comissió de Deontologia i l'Àrea Jurídica en els seus informes preceptius estan d'acord amb la qualificació de la falta i la proposta de sanció. La Junta de Govern, a la vista de la instrucció i dels informes citats, decideix sancionar la conducta.

Discussió

La prescripció d'un medicament és el punt final d'un acte professional que

comença amb un motiu de consulta, segueix amb una exploració, una avaluació diagnòstica i, finalment, una recomanació terapèutica. Per tant, cap metge ha d'entomar la responsabilitat d'una prescripció feta per un company de forma acrítica, sense haver-ne fet una avaluació i haver arribat a la conclusió que, realment, és la millor recomanació que es pot fer al pacient. Assumir la responsabilitat de la prescripció de forma automàtica és una pràctica imprudent i podria concórrer en la vulneració de l'article 47^o del Codi de Deontologia.

Quan un professional d'Atenció Primària fa aquest procés i, per qualsevol motiu, arriba a la conclusió queaquells fàrmacs no són els més adequats per al pacient, ha de rebutjar assumir la responsabilitat de fer-se'n càrrec de la prescripció i oferir l'alternativa que, segons el seu criteri, sigui la més adequada.

Malauradament, no és infreqüent que, quan un metge d'AP del sistema públic fa correctament aquest procés, i conclou que no es pot fer responsable de la prescripció i ofereix una alternativa al pacient, el metge que ha fet la prescripció original reaccioni davant del pacient, verbalment o per escrit, posant en qüestió la qualitat professional i, fins i tot, la moral i les motivacions que han portat el mmetge d'Atenció Primària a no assumir la "validació" de la seva prescripció. Sovint, fins i tot, indueix el pacient a creure que darrere de la decisió del metge de família hi ha raons econòmiques.

Aquest fet és una clara vulneració dels articles 26^o i 97^o del Codi de Deontologia, que provoca desconcert en els pacients i una pèrdua de confiança que afecta tot el col·lectiu, començant pel metge que fa el comentari. El respecte a la dignitat personal i professional entre companys és una de les normes bàsiques de la pràctica professional que hauríem de conservar. Comportaments com el que es descriu en el cas són del tot impropis d'una professió que aspira al respecte i la confiança dels pacients i la societat.

Altament, tampoc no és excepcional que metges de la pràctica privada o mutual facin creure al pacient que aconseguir la prestació farmacèutica derivada d'un acte mèdic fet fora del sistema públic és un dret inqüestionable. O que altres especialistes del sis-

tema públic de salut donin per fet que el metge d'Atenció Primària té "l'obligació" de fer-se càrrec de la seva prescripció. Signar una prescripció no és un acte burocràtic, sinó mèdic, del qual se'n deriven responsabilitats legals, deontològiques i morals. Cap metge ha d'esperar que un company assumeixi, d'entrada i sense informació, la responsabilitat d'una prescripció que no ha fet. I, encara menys, fer creure al pacient que el metge de família té el deure de fer-ho.


Els metges en exercici privat o mutual han d'informar els seus pacients que la prescripció derivada dels seus actes no està coberta per la sanitat pública, i que el seu metge de família té la potestat de fer-se'n càrrec o no, segons hi estigui d'acord.

Un element clau per a una correcta avaluació de la idoneïtat de la prescripció és disposar d'informació completa. Per tant, qualsevol metge que recomani un tractament a un pacient, tant si es tracta d'exercici públic o privat, ha de proporcionar-li informació suficient perquè el seu metge de família pugui avaluar la idoneïtat de la prescripció i, si ho creu convenient, assumir-ne la responsabilitat. D'aquesta forma evitarem conflictes entre companys i perjudicis per als pacients.

Dra. Roser Marquet, Dra. Carme Batalla, Dra. Anna Bellés, Dra. Lluïsa Morató, Dra. Helena Roig
 Membres de la Comissió de Deontologia del COMB

NOTES

1. El metge no emprarà procediments ni prescriurà medicines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient ho consenti.
2. (el metge) mai no ha de fer judicis o comentaris despectius sobre el diagnòstic, el tractament o el pronòstic establert per altres col·legues. Ha d'entendre's directament amb el metge que té cura del pacient o, si fos el cas, amb el Col·legi de Metges.
3. La relació entre metges mai no ha de comportar desprestigi públic. Les discrepàncies professionals han de ser sempre discutides entre metges i en el si del Col·legi de Metges o d'altres organismes o col·lectius professionals. Solament quan aquestes vies estiguin exhaurides es podrà recórrer a altres instàncies.



Els metges també gestionem Mutual Mèdica

Mutual Mèdica és una entitat de previsió social sense ànim de lucre, creada per metges i al servei dels metges. El Consell d'Administració està format exclusivament per metges, que vetllen per oferir les assegurances específiques que el nostre col·lectiu necessita.

La gestió dels recursos amb seguretat i prudència ens permet oferir la màxima capacitat asseguradora amb la màxima garantia: el marge de solvència de Mutual Mèdica és 3,8 vegades el mínim legalment exigít.



MutualMèdica

De metge a metge

