

# BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial  
de Metges de Lleida



Número 127 · Juny del 2018



**El COMLL  
demana  
tolerància  
zero contra  
les agressions  
sanitàries**

**Celebració de la  
Diada de Sant  
Jordi a la seu  
col·legial**

**En marxa la nova  
seu de Medicina  
de l'Esport**

**Oferta i  
demanda  
professional**

## Promoció i protecció de la lactància materna

**Experiència de l'HUAV i del CAP Primer de Maig**

**Projecte d'Espais Amics de la Popa**



## Perquè tens moltes raons per assegurar la teva vida

- ✓ **En cas de defunció** cobreix la hipoteca i permet que la teva família mantingui els seus plans de futur.
- ✓ **En cas d'invalidesa** et permet complementar la pensió.
- ✓ **En cas d'incapacitat professional** l'assegurança et proporciona uns ingressos.

**120.000 €**  
de cobertura  
per només  
**94,20 €/any\***

\* Primes anuals en funció de l'edat i de les cobertures contractades.

Exemple calculat, entre les ofertes asseguradores del mercat, per a un assegurat/ada de 35 anys amb 120.000€ de capital de defunció per qualsevol causa. MEDICORASSE treballa amb les companyies més solvents del mercat per oferir-te la millor protecció a tu i els teus.

Informa't ara

Rambla d'Aragó, 14, Pral.  
Lleida

900 10 47 22 @ medicorasse@med.es

## Jubilacions anticipades

**E**l debat que publica aquest número de BUTLLETÍ MÈDIC tracta sobre les jubilacions actuals dels metges i les metgesses i les que es produiran en els propers 10 anys. Segons algunes veus, som davant d'un desequilibri entre el pas a la classe passiva dels actuals professionals i l'oferta de titulats per cobrir les vacants.

Aquest escenari coincideix, a més, amb l'increment de les jubilacions voluntàries. El 2016 se'n va detectar un augment preocupant entre els metges i, en general, entre el personal sanitari. Es preveu que l'any 2018 es podria batre el rècord si continua l'onada actual. Per què el personal sanitari decideix escurçar la seva vida laboral?

Probablement, les condicions laborals actuals, sobretot les retallades en sanitat, porten a aquesta situació. La càrrega de treball que diàriament han de suportar repercuteix en els professionals i, per tant, en els pacients. Sovint els metges no poden exercir la seva feina amb les garanties de qualitat que desitjarien.

Fa uns anys, ningú no parlava del *burn-out*, la síndrome d'esgotament crònic que provoca patiment físic i emocional. En canvi, en els moments actuals, molts companys i companyes en parlen. I pateixen un gran desencís quan han d'afrontar la pràctica d'una professió que havia estat vocacional.

Fa menys de dues dècades, gairebé tots els metges allargaven la feina, com a mínim, fins als 70 anys. Ara, una gran quantitat de bons professionals es retiren als 62 anys. Ens ho podem permetre?

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

**Consell de Redacció:**  
Tomàs Alonso Sancho  
Josep M. Auguet Martí  
Manel Camps Surroca  
Joan Carrera Guiu  
Josep M. Casanova Seuma  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté

Josep M. Greoles Solé  
María Irigoyen Ontiñano  
Íñigo Lorente Doria  
Jordi Melé Olivé  
Vincenzo Palavicino  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Rosa Pérez Pérez  
Josep Pifarré Paredero

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



### ÍNDEX

- 4** Commemoració del Dia Internacional contra les Agressions Sanitàries al COMLL
- 4** El Col·legi de Metges posa en marxa el Servei d'Assessoria Informàtica
- 6** Celebració de la Diada de Sant Jordi a la seu col·legial
- 7** XXIV Simposium de la Societat Espanyola de Psiquiatria a Lleida
- 8** Crònica del Curs d'Actualització en Pneumologia per a AP
- 10** Nova seu del Servei de Medicina Esportiva a Lleida
- 11-13** Assemblea ordinària anual de col·legiats del COMLL
- 14-23** Debat sobre l'oferta, la demanda i la regulació professionals
- 24-26** Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància (projecte IHAN)
- 27** Projecte Espais Amics de la Popa
- 28-31** Tractament de les berrugues

Edició a cura de:  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
ÀGORA Comunicació,  
Assessoria i Mediació, SL

**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** Col·legi Oficial de Metges de Lleida

**Fotomecànica:**

Gràfics Claret, SL

**Impressió:** ImpresPla, SL

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

## DIA NACIONAL CONTRA LES AGRESSIONS SANITÀRIES



Façana del COMLL el Dia Nacional contra les Agressions Sanitàries

## Llaços daurats a la façana del COMLL com a símbol de tolerància zero

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va penjar dos llaços daurats a la façana de la seva seu el Dia Nacional contra les Agressions Sanitàries, celebrat el 15 de març, per reivindicar tolerància zero davant aquests fets. El COMLL va emetre, a més, un comunicat públic de denúncia de les dinou agressions sofertes l'any 2017 per metges i metgesses lleidatanes.

En el comunicat, el COMLL es va afegir a la tasca que realitzen la resta

### Dinou agressions registrades a Lleida durant l'any 2017

de col·legis provincials per millorar el registre nacional d'agressions sanitàries. Així mateix, va animar els col·legiats a denunciar els maltractaments davant la Unitat de Prevenció de Ris-

cos Laborals. I va expressar "tota la solidaritat i afecte als companys que han estat víctimes d'agressions i que, dia a dia, treballen per oferir una atenció sanitària de qualitat".

#### Observatori d'Agressions

L'Observatori d'Agressions de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) va registrar un increment l'any 2017 del 4% dels maltractaments a professionals sanitaris, que van arribar a 515 casos. La tendència a l'alça es manté des de fa tres anys. El 12% de les agressions del 2017 van provocar lesions, el 31% van ser insults i els 57%, amenaces.

Segons dades de l'observatori, la majoria de les agressions, un 52%, les van patir les dones, tot i que hi va haver un descens del 6% respecte a l'any anterior. El 87% de les agressions es van produir al sector públic i el 53%, a l'Atenció Primària. El 59% dels agressors van ser pacients i la resta, acompanyants.

L'OMC reclama la implantació a totes les comunitats autònomes de la figura de l'interlocutor policial sanitari per coordinar les actuacions i l'adopció de mesures. Aquesta figura es va posar en marxa mitjançant la Instrucció 3/2017 de la Secretaria d'Estat de Seguretat.

L'organització recorda en un comunicat la reforma del Codi Penal l'any 2015, que des d'aleshores contempla les agressions a sanitaris del sector públic com un delictes d'atemptat contra l'autoritat. Afirmar que aquesta tipificació s'ha d'estendre també als professionals del sector privat.

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les darreres sessions, i fins al 16 de maig, ha acordat i tractat els assumptes següents, entre d'altres:

- Col·laborar econòmicament amb la Jornada d'Actualització sobre Trastorns de l'Aprenentatge, que s'ha celebrat a Lleida el 26 d'abril.

- Convocar la segona edició de les beques de Promoció de la Docència del COMLL, amb una dotació global de 6.000 €. Les beques es van lliurar a l'assemblea de col·legiats del dia 17 d'abril.

- Donar suport a la manifestació convocada per la Confederació Estatal de Sindicats Mèdics (CESM) davant la pèrdua de poder adquisitiu i la disminució de drets laborals i professionals que, des de l'inici de la crisi, ha patit el col·lectiu mèdic.

- Sol·licitar al Consejo General de Colegios Médicos la celebració durant l'any 2019 del Congrés Nacional de Responsables de Comunicació dels Col·legis de Metges a la seu del COMLL.

- Informació sobre la celebració al Congrés de Diputats de la cloenda del Centenari de la Fundació Patronat de Protecció Social de l'OMC, acte al qual va assistir una representació del nostre Col·legi.

- Celebrar, per primera vegada, la diada de Sant Jordi del COMLL amb la presentació de dos llibres i l'obsequi de

roses als assistents.

- Col·laborar econòmicament amb el XXIV Simposi de Psiquiatria Forense, celebrat a Lleida els dies 20 i 21 d'abril, i amb la XIII Jornada de Tabaquisme de l'Hospital Universitari de Santa Maria, que se celebrarà el 16 de novembre a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina.

- Amb motiu de la celebració del Dia Nacional contra les Agressions a Professionals Sanitaris, elaborar un comunicat propi, renovant el compromís amb la defensa de la professió i amb el compliment del codi deontològic com a instrument regulador dels actes mèdics. Es va penjar un cartell sobre aquesta qüestió a la façana del Col·legi.

- Avançar l'inici del servei de confecció de les declaracions de la renda per tal de millorar la prestació.

- Programar per al 3 de maig una xerrada/col·loqui sobre la protecció de dades personals, a càrrec de l'assessoria jurídica Meritxell Estiarte, davant l'entrada en vigor a la UE del Reglament General de Protecció de Dades.

- Programar un curs gratuït d'introducció als serveis i eines digitals per al dia a dia laboral i personal, que impartirà el responsable d'informàtica del Col·legi, Sergi Sisó.

- Donar d'alta al Registre Col·legial de Societats Professionals l'empresa Traumatològic de Lleida, SLP, a la qual s'ha assignat el número SP2500037.

### Moviment col·legial dels mesos de febrer, març i abril

El COMLL ha registrat 14 altes durant els mesos de febrer, març i abril de 2018: Sonia Parra, Sara Salort Seguí, Gemma Fabregat Gómez, Laura del Pilar Urbano Arcila, Diego Ernesto Menéndez Ramírez, Mercè Matinero Tor, Dúnia Jové Gómez, Ernesto Eduardo Bejarano Vargas, Edyta Maria Tulewicz, María del Carmen Beatriz Ivon Valencia Benavides, David A. Sambrano Morales, Alejandro Pérez Bequer, Paola Andrea Vélez Castaño i Dolores Borniquel Agulló.

#### BAIXES

El Col·legi ha registrat 8 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes, figuren les corresponents a les defuncions dels col·legiats Dr. Joaquín Salazar Vargas, Dr. Eduard Cerezo Esforzado i Dr. Josep Maria Bordaiba Montardit.

#### CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats i col·legiades honorífics la Dra. Maria dels Angels Curtó López, el Dr. Antonio Belenguier Abós, la Dra. Maria del Carme Forn Marsol, El Dr. Jaime Baró Aylón, el Dr. Abdul Massih Mubaid Atik, el Dr. Héctor Jorge Fusaro i el Dr. Gerardo Pallás Porta. Total col·legiats el 30/04/2018: 1.821

## El Col·legi de Metges de Lleida posa en marxa el Servei d'Assessoria Informàtica

La Junta de govern del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) ha posat en marxa per als col·legiats el Servei d'Assessoria Informàtica per assistir i facilitar els tràmits de la col·legiació. La nova prestació s'adreça a informar i assessorar els membres del COMLL sobre temes relacionats amb els sistemes d'informació que utilitzen quotidianament en l'àmbit laboral i personal.

#### Telegram i WhatsApp

Una de les primeres tasques del nou Servei d'Assessoria Informàtica ha estat la creació dels canals de Telegram i WhatsApp, que estaran a disposició dels professionals a partir del mes de juny. Telegram informarà de forma puntual i ràpida els professionals sobre tecnologies i avenços tecnològics d'interès.

Pel que fa a WhatsApp, serà una eina

### Crea els canals de Telegram i WhatsApp i la finestreta única per agilitzar tràmits

de comunicació directa i oberta amb la l'Assessoria Informàtica del COMLL sense necessitat de recórrer a les trucades telefòniques.

#### Finestreta única

El nou servei també treballa en la implantació de la finestreta única per agilitzar la realització de tràmits amb el Col·legi per

evitar, així, la necessitat de desplaçar-se físicament a la seu col·legial per obtenir determinades certificacions o realitzar altres diligències.

La finestreta única entrarà en funcionament després de l'estiu que ve. La col·legiació podrà fer els tràmits des de l'ordinador o la tauleta i en l'horari que li resulti més adequat. Entre altres temes, podrà resoldre per aquesta via l'emissió del certificat de pagament de les quotes col·legials, la tramitació de la sol·licitud de l'alta o la baixa col·legial, la modificació de les seves dades i l'expressió de queixes o reclamacions.

#### Assessorament bàsic i rellevant

L'assessorament que prestarà aquest servei serà de nivell bàsic. No obstant això, el col·legiat també podrà sol·licitar l'ajuda del servei per a temes més complexos tecnològicament parlant. En aquest sentit, el servei facilitarà un llistat de proveïdors amb garanties de fiabilitat, que podran executar tasques informàtiques més relle-



Primer curs gratuït d'informàtica bàsica impartit pel nou servei

vants. El professional que demani aquesta informació rebrà diverses propostes de proveïdors perquè esculli d'acord amb les seves necessitats i pressupost.

#### Contacte i horari del servei

Els col·legiats i les col·legiades podran utilitzar el nou servei dins de l'horari laboral del COMLL. De dilluns a dijous, de les 9 a les 18 hores, i els divendres, de les 9 a les 14 hores. S'aconsella demanar cita prèvia a través de la web col·legial. A l'apartat "Contacte", caldrà seleccionar la Unitat d'Informàtica i emplenar el formulari que hi ha penjat. El responsable del servei és l'informàtic Sergi Sisó.

#### Primer curs d'informàtica

El nou servei es va estrenar a finals de maig amb un curs gratuït d'informàtica bàsica, al qual es van inscriure 37 col·legiats. El curs va permetre conèixer les àrees informàtiques que més interessaven als participants, a més d'ampliar els seus coneixements tecnològics.

## DIADA DE SANT JORDI AL COMLL

# Presentats els llibres dels psiquiatres Daniel Mancebo i Hilario Blasco a la seu col·legial

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar per primer cop la Diada de Sant Jordi amb la presentació pública de dos llibres: *Anclado a tus demonios*, del psiquiatre Daniel Mancebo, i *Hacia un mundo feliz*, del psiquiatre Hilario Blasco. La Dra. Maria Irigoyen, secretària de la Junta de Govern del COMLL, va facilitar informació sobre els autors i les seves obres.

El llibre del Dr. Mancebo tracta sobre el fracàs de les generacions d'immigrants d'Haití a la República Dominicana. El protagonista no aconsegueix tirar endavant amb la seva família, malgrat els esforços que fa, a causa del seu origen pobre, les creences com el vudú i l'escassa formació cultural. "La gent creu que només s'hereta la riquesa, però també s'hereta la pobresa", va dir l'autor.

El Dr. Mancebo va voler desmuntar el mite que cadascú és amo del seu destí. "La voluntat no ho és tot", va afirmar, recordant l'associació d'idees freudianes. També va citar la frase d'un metge dels Estats Units, el primer que va escriure llibres d'autoajuda, pronunciada l'any 1950: "No es tira endavant celebrant els èxits, sinó superant els fracassos."

Daniel Mancebo es va referir a les seves afeccions juvenils. "Les meves primeres xicotes van ser la literatura i la poesia, i estimava la filosofia, però em vaig casar amb la medicina." Ara, ja jubilat, es retroba amb aquelles afeccions i ja prepara una nova novel·la.

## Inspirat en Huxley

El Dr. Hilario Blasco, gran admirador de l'obra *El món feliç*, de Huxley, estructura el seu assaig en tres blocs: salut i malaltia, "Tinc, doncs, existeixo" i, finalment, els conceptes crítics de medicalització, la medicina del desig i la creació de noves malalties. Durant la presentació va parlar de la salut gairebé com a

## Una novel·la sobre la immigració i un assaig filosòfic sobre "El món feliç", de Huxley

sinònim de benestar en la societat actual i de la influència de les campanyes publicitàries d'empreses poderoses, que identifiquen la possessió dels seus productes amb la producció de felicitat.

El Dr. Blasco va plantejar el problema ètic que afecta els psiquiatres i els psicòlegs, ja que cada cop hi acudeixen més persones amb problemes menors i quotidians que poden ser socials i educatius, però no mèdics. És a dir, són gent sana però infeliç. El sistema públic no disposa d'espai per a aquestes persones que, de fet, desplacen de les consultes les que pateixen problemes de salut més seriosos (esquizofrènia, bipolaritat, conductes suïcides).

La substitució dels valors religiosos per d'altres de laics s'ha fet acceleradament i les persones necessiten els valors si volen ser sanes, va indicar l'autor. "S'han canviat els ídols: abans adoràvem Déu i ara, el consum", diu. La societat postmoderna es caracteritza per la banalització, la substitució de l'ètica per l'estètica, l'individualisme, el foment de la competitivitat i el consumisme. "La identitat està molt basada en el que és comercial i en la falta de tolerància cap a allò que és diferent, i això genera una gran ansietat", va afirmar el Dr. Blasco.

Aquesta societat que evita la frustració, sobretot en els infants, pateix, a més, una sobrecàrrega d'informació sense continguts importants. És "una cultura audiovisual inculta i sense judici crític, perquè el judici crític necessita aturar-se, pensar i llegir", va assegurar. Reflexionar i llegir costa, i per això no triom-



El Dr. Mancebo i la Dra. Irigoyen



El Dr. Hilario Blasco

fa. Respecte a aquesta qüestió, va recordar que menys del 50% de la població espanyola i italiana llegeix un llibre a l'any.

En aquest marc, s'ha produït una transició dels pacients a clients i dels metges a tècnics. Es medicalitza tot (la calvicie, la menopausa, els problemes familiars i laborals, etc.). La medicalització està relacionada amb la medicina del desig (píndola de l'endemà, intervencions estètiques, envelliment) i la creació de noves malalties fins al punt de regularitzar l'estat d'ànim dels menors, per exemple, davant d'una rebequeria.

Hilario Blasco va acabar la seva intervenció demanant als assistents que anomenessin activitats quotidianes gratuïtes que poden reconduir la situació. Llegir, escoltar música, comunicar-se amb les persones i fer exercici van ser alguns dels suggeriments. Ell va recomanar als professionals fer veure als pacients afectats per qüestions menors que el que els passa no és greu, buscar mecanismes contra el sofriment humà (amics), enfortir les persones, educar els pacients i adreçar-los, de vegades, a l'àmbit privat per resoldre els problemes.

Magda Ballester

# XXIV Simposio de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense

La Sociedad Española de Psiquiatría Forense celebró su simposio anual, por primera vez en Lleida, durante los días 20 y 21 de abril de 2018. El título del simposio era *Perspectivas actuales de la psiquiatría forense* y se desarrolló en el Aula Magna del Campus de Ciencias de la Salud.

Las actividades científicas comenzaron el viernes por la tarde y continuaron durante todo el sábado, con 75 participantes, entre los que había médicos forenses, psiquiatras, psicólogos, trabajadoras y educadores sociales, abogados y criminólogos. Para la inauguración se contó con la presencia del presidente de la Audiencia Provincial, el Sr. Segura; el fiscal jefe, el Sr. Bone; la directora del Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, la Dra. Estarellas; el Dr. Querol en representació de la Junta de Gobierno del COMLL, y el Dr. Ortega-Monasterio, presidente de la Sociedad.

El simposio se inició con la conferencia impartida por el catedrático de derecho penal de la Universidad de Lleida (UdL), el profesor Tamarit, con el título *La justicia y los profesionales ante un triple paradigma: médico, jurídico y victimológico*. El conferenciante dejó para la reflexión múltiples cuestiones relacionadas con el delito y la víctima y con la necesidad de fomentar la intervención transdisciplinaria.

Durante el encuentro, se establecieron tres bloques temáticos. El primero fue *La psiquiatría forense en el derecho penal*, que, moderado por el Dr. Gasque y la Dra. Talón, facilitó que psiquiatras y forenses compartieran las actualizaciones en diversos campos comunes. En primer lugar, la Dra. Batalla nos relató el interés de la psicopatía y aportó interesantes reflexiones personales acerca de la responsabilidad criminal de los individuos que la sufren. El Dr. Ortega-Monasterio impartió una ponencia basada en la visión de los trastornos mentales desde la psiquiatría clásica.



Cena de clausura en el Parador del Roser de Lleida

## El simposio se centró en las "Perspectivas actuales de la Psiquiatría forense"

Por su parte, el Dr. Gornés actualizó las implicaciones médico-legales de las demencias fronto-temporales. Por último, el Dr. Guija enfatizó la importancia de las conductas suicidas y de sus factores de riesgo y de predicción en la psiquiatría y la medicina forense.

El segundo bloque, *La psiquiatría forense en el derecho civil*, fue moderado por la Dra. Gallo y por el Dr. Alcántara. Este bloque trató temas como el de las medidas terapéuticas involuntarias en psiquiatría, que fue desarrollado por el profesor Vaquer, quien nos ofreció una actualización jurídica con una importante repercusión forense y psiquiátrica que, con toda probabilidad, permitirá futuras intervenciones prácticas. El Dr. Samanes expuso el tema de la capacidad civil en pacientes con trastorno del espectro autista. Y, ya más basada en las cuestiones del derecho de familia, intervino la Sra. López, psicóloga, que interpretó el interés de la prueba pericial psicológica. Por último, la Dra. Jiménez informó sobre las nuevas drogas y los nuevos retos diagnósticos a los que nos enfrentamos.

*La psiquiatría forense ante el derecho laboral* fue el eje del tercer bloque temático, moderado por la Dra. Castan y la Dra. Rifà. El Dr. Benabarre expuso cómo las patologías psiquiátricas crónicas, y, en concreto, la depre-

sión, intervienen en las situaciones de incapacidad laboral y cuál es su repercusión en la prueba pericial ante los juzgados de lo social. Finalmente, el Sr. López, psicólogo, nos facilitó los conocimientos teóricos y también los posibles instrumentos para la correcta evaluación en casos de simulación ante los tribunales de lo social.

Concluidas las sesiones científicas, el Dr. Pifarré, director clínico del HSM y del CSJD Terres de Lleida, nos ofreció la conferencia de clausura *La dimensión ética de la psiquiatría forense*. El Dr. Pifarré nos animó a apreciar la ética en nuestra profesión, pero, sobre todo, a aplicarla en la actividad profesional del día a día.

Finalizó el simposio con la Asamblea Ordinaria de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense, en la que se acordó que la ciudad que tomaría el relevo para su próxima celebración, en el año 2019, sería Palma de Mallorca.

También hubo momentos para el disfrute de nuestra ciudad y para reunirnos de manera más lúdica. La cena de clausura se hizo en el Parador del Roser de Lleida, donde compartimos con nuestros colegas y amigos un rato entrañable en uno de los edificios más simbólicos de nuestra ciudad.

Solo queda mostrar nuestra gratitud al COMLL y a la UdL, por su ayuda y colaboración, y a todos aquellos que no dudaron ni un minuto en aceptar participar y compartir con nosotros estas jornadas. Hay que hacer un reconocimiento especial a la Junta de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense por confiar en nosotros y en el colectivo de médicos forenses de IMLCFC-Lleida.

Dra. Rosa M. Pérez  
Médico forense  
IMLCFC-Lleida



Dr. Fernández Armenteros

## Celebrat el primer Curs d'Actualització en Dermatologia

El primer Curs d'Actualització en Dermatologia, organitzat pel Col·legi de Metges de Lleida, es va celebrar els dies 1, 8, 15 i 22 del mes de març. El curs tenia l'objectiu principal de revisar les patologies dermatològiques més freqüents en els pacients que acudeixen a Atenció Primària i a Urgències. El Dr. Josep Manuel Fernández Armenteros, del Servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va impartir el curs. El públic assistent estava format, principalment, per metges de família i residents d'Atenció Primària i dermatologia, i la presentació del curs va ser fonamentalment pràctica. L'estructura es va basar en la presentació de casos clínics a partir d'imatges reals de patologies cutànies i la posterior discussió sobre el diagnòstic, el diagnòstic diferencial i el maneig terapèutic, amb una avaluació final per reforçar coneixements.

# Participació de 200 professionals en el Curs d'Actualització en Pneumologia per a AP

**E**l Curs d'Actualització Pneumològica per a Atenció Primària va reunir 200 professionals el 12 d'abril al Palau de Congressos la Llotja de Lleida. La trobada, organitzada per l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears, es va celebrar enguany en el marc de la XXXVI Diada Pneumològica que també va tenir lloc a la capital lleidatana.

La taula rodona *Nous aspectes del maneig del tumor pulmonar des d'Atenció Primària* va inaugurar la jornada. Van moderar-la el Dr. José Miguel Durán Alamá, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida, i la Dra. Araceli Fuentes Botargues, del CAP Onze de Setembre de Lleida.

Va iniciar la sessió la Dra. Marina Pardina Solano, de l'HUAV, amb la ponència *Maneig del nòdul pulmonar en Atenció Primària (AP)*. La detecció i el maneig del nòdul pulmonar han millorat espectacularment amb les noves tècniques d'imatge. Els nòduls pulmonars es classifiquen en sòlids i subsòlids. Se'n valora el gruix i la morfologia. La missió fonamental de l'AP és identificar-los i derivar-los a la unitat de diagnòstic i seguiment del nòdul pulmonar que s'ha creat a l'HUAV.

El Dr. Juan Pablo de Torres, de la Clínica Universitària de Navarra, va presentar la ponència *Screening en pacients de risc: què fer? A qui? Quan?* Evitar l'hàbit tabàquic és la millor estratègia per prevenir el càncer de pulmó. Actualment, malgrat que hi ha estudis que demostren que el diagnòstic precoç del càncer de

pulmó té un impacte directe en la mortalitat, en el nostre entorn no es considera cost-efectiu.

A continuació es va celebrar la segona taula *Actualització en asma*, moderada pel Dr. Carlos Martínez Ribera, de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). La primera ponència va anar a càrrec del Dr. Íñigo Lorente Doria, del CAP Cappellet de Lleida, amb el títol *Asma greu no controlada: importància dels diferents fenotips/endotips. Derivacions*.

L'asma és una malaltia crònica de les vies respiratòries com a conseqüència d'un infiltrat inflamatori, que provoca obstrucció variable del flux aeri i remodelatge de la paret bronquial. Clínicament, es caracteritza per l'increment en la producció de moc, episodis recurrents de sibilants, dispnea, opressió toràcica i tos. El Dr. Lorente va parlar sobre els diferents fenotips de l'asma i la seva relació amb la gravetat. La seva identificació és clau per establir el millor tractament i identificar els casos que cal derivar al pneumòleg.

El Dr. Joan Serra Batlle, de l'Hospital General de Vic de Barcelona, va presentar la ponència *Nous tractaments en asma*. Es va referir a l'asma greu de difícil maneig. En general, la majoria de pacients asmàtics es controlen bé amb els tractaments inhalats disponibles, però hi ha un petit percentatge que són de difícil control. En aquests casos es pot recórrer a la teràpia biològica, que és un tractament addicional al tractament broncodilatador. Actualment hi ha diversos



Dra. Roser Costa Sola,  
Dr. Enrique Hernández Huet,  
Dr. Oriol Sibila Vidal  
i Pere J. Simonet Aineto

anticossos monoclonals anti -IL-5 i anti-receptor de IL-5. Va parlar, sobretot, de mepolizumab, reslizumab i benralizumab i de l'anticòs monoclonal anti-IgE omalizumab. La immunoteràpia subcutània es recomana en malalts amb asma que siguin al·lèrgics a poques substàncies.

Després d'un descans, es va reprendre la jornada amb les tres taules restants.

La Dra. Roser Costa Sala, de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa, i el Dr. Enrique Hernández Huet, del CAP Corro d'Aval de les Franqueses del Vallès (Barcelona), van moderar la taula *El control de la MPOC, una assignatura pendent a les nostres consultes?*

El Dr. Oriol Sibila Vidal, de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, va parlar sobre el nou maneig del pacient amb MPOC a l'AP —*La triple teràpia fixa: una nova eina per al millor control de l'MPOC*. El tractament de manteniment de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) es basa en l'administració d'agonistes beta-2 adrenèrgics d'acció llarga (LABA), antagonistes muscarínics d'acció llarga (LAMA) i corticoides inhalats (CI). Avui dia, en trobem diferents combinacions dins el mateix preparat. El ponent es va referir a aquestes combinacions segons les guies GOLD i GesEPOC i als estudis "Tribute", publicats a *The Lancet* el 2018 i "Impact", en premsa.

El Dr. Pere J. Simonet Aineto, del CAP Maria Bernades de Viladecans (Barcelona), va desenvolupar el tema *El rept de adaptar la nova evidència a la nostra pràctica clínica*. Va transmetre la importància de l'espirometria en l'MPOC i de les variables que s'han de mesurar per saber que l'MPOC està ben controlada. També va destacar la importància del tractament no farmacològic, com dei-

xar de fumar, l'exercici, immunitzacions, millorar la qualitat de vida, l'adherència al tractament i, sobretot, el control reavaluant el tractament.

La Dra. Beatriz Enrich Álvarez, del CAP Cappellet de Lleida, va moderar la taula *La tuberculosi pulmonar (TBC) des de l'Atenció Primària*, en què el Dr. Joan Ruiz Manzano, de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), va presentar la ponència *Estudi de contactes en AP del pacient amb TBC*.

La tuberculosi és una malaltia transmissible produïda per espècies del gènere *Mycobacterium*. Actualment dista molt de ser erradicada, en part perquè va acompanyada d'importants dèficits socials. Són importants el diagnòstic precoç, el tractament adequat i la prevenció. Davant un pacient que fa 15 dies que té tos no justificada, cal demanar una radiografia de tòrax. És imprescindible fer un estudi de contactes segons el grau d'exposició, amb Mantoux, o en casos seleccionats amb INF-gamma més sensible i específica que el Mantoux. Un contacte diari de > 6 hores es considera un contacte intens.

La Dra. Malú de Souza, de la Unitat de Tuberculosi de Vall d'Hebron-Drassanes de Barcelona, va desenvolupar el tema *Efectes secundaris del tractament de TBC. Actitud a seguir*. Es va referir als fàrmacs antituberculosos en relació amb la seva acció davant el bacil tuberculós. Va parlar, sobretot, dels fàrmacs de primera línia: isoniazida, rifampicina, pirazinamida i etambutol. Els règims curts de 6 i 9 mesos són actualment considerats d'elecció per a la majoria de pacients que tenim a la Primària. També va tractar de forma exhaustiva de les intoleràncies, reaccions per hipersensibilitat i toxicitat

dels diferents fàrmacs i de la necessitat de fer controls periòdics analítics, malgrat que no hi hagi símptomes. Si hi ha toxicitat hepàtica, cal retirar tota la medicació i, un cop normalitzada l'anàlítica, introduir els fàrmacs un a un amb una setmana de diferència.

Per finalitzar la intensa jornada, es va celebrar la taula rodona *Com afrontar la dispnea en Atenció Primària?*, moderada pel Dr. Óscar Sacristán García, de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida, i el Dr. Eugeni Paredes Costa, del CAP Onze de Setembre de Lleida. El ponent va ser el Dr. Gerard Torres Tallada, de l'Hospital Santa Maria de Lleida.

La dispnea és la percepció subjectiva d'una respiració anormal i dificultosa. El pacient la pot descriure de moltes maneres. Amb aquest símptoma, es pot iniciar el procés diagnòstic d'un ampli ventall de malalties. A l'AP, cal orientar l'origen de la dispnea i decidir si tractar-la o derivar-la. La dispnea es classifica en aguda i crònica quan dura més d'un mes i sol ser multifactorial. Cal fer una història clínica ben feta i utilitzar com a proves, sobretot, la radiografia de tòrax, l'ECG, les proves funcionals respiratòries, la saturació d'oxigen, les proves de laboratori i, en alguns casos, la gasometria arterial, la TACAR i les proves immunològiques.

També va parlar del protocol de Prather sobre la dispnea, que es divideix en tres nivells: en el nivell 1 es realitzen un nombre determinat de proves. Si amb aquestes proves no s'arriba a cap diagnòstic, es passa al nivell 2 i, si és necessari, a les del nivell 3, que són les més complexes.

Dr. Joan Clotet  
CAP de Ponts

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

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

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

# Ja està en marxa el Servei de Medicina Esportiva en l'àmbit hospitalari a Lleida

**E**l Centre de Medicina Esportiva de la Generalitat de Catalunya a Lleida ha estat ubicat en diferents seus al llarg dels anys: primer, als edificis adjunts al Velòdrom, i després, a la Casa de l'Esport de l'avinguda del Segre, als Serveis Territorials del Departament de Cultura de la rambla d'Aragó i a l'INEFC de la Caparrella. Per fi, al novembre del 2017, es va ubicar a la segona planta del CAP Onze de Setembre, gestionada per l'empresa Gestió de Serveis Sanitaris.

La política esportiva de la Generalitat preveu situar els centres de nivell III dins d'un entorn hospitalari. A Barcelona, l'any passat es va crear un Servei de Medicina Esportiva a l'Hospital Clínic de Barcelona. També hi ha Medicina de l'Esport de nivell III als hospitals de nivell mitjà de cada província, com a l'Hospital de Santa Caterina, a Girona; Santa Tecla, a Tarragona, i Sant Joan de Déu, a Reus. El darrer va ser el de Lleida, que comparteix instal·lació amb el Servei de Rehabilitació de l'Hospital de Santa Maria de Lleida. El trasllat es va fer al maig del 2017 —més o menys quan la temporada esportiva comença a decaure— i la inauguració va ser el dia 8 de novembre.

A l'acte de signatura del conveni del trasllat del Servei de Medicina Esportiva hi havien d'assistir el Dr. Mateu Huguet i el secretari general de l'Esport, Gerard Figueras. L'acte havia de ser públic i s'hi havien convocat autoritats del Departament de Salut i de Presidència de la Generalitat, a més de la premsa esportiva. Atesos els moments polítics que vivíem a les nostres contrades (aplicació del decret 155, campanya electoral), no es va poder fer una inauguració oficial, per la qual cosa el conveni es va signar en un acte en què només van ser presents el Dr. Mateu Huguet; el Dr. Albert Tarrats, director mèdic de l'Hospital de Santa Maria; el Dr. Josep Anton Gutiérrez, cap del Servei de Medicina de l'Esport del Consell Català, i jo mateix, Fernando Pifarré, director del Centre de Lleida.

Aquest conveni ens ha permès ser dins d'un entorn hospitalari i, per tant, assolir la màxima categoria dins de la Medicina de l'Esport (nivell III), que ens habilita per atendre esportistes

d'alt rendiment (Programa ARC, alt rendiment de Catalunya), centres de tecnificació i formació de residents en Medicina Esportiva. Els dubtes que no es puguin atendre als diferents centres privats de Medicina de l'Esport de nivell I i a l'únic de nivell II que hi ha a Lleida capital i província es podran derivar a aquest centre.

Després de 7 anys de ser en una instal·lació que no complia els mínims requisits higiènics, actualment som en un lloc molt digne, on podem fer totes les nostres tasques a la perfecció, per la qual cosa voldria agrair personalment als doctors Mateu Huguet i Albert Tarrats que s'hagi acomplert aquest objectiu.

Passats sis mesos des de la inauguració, voldria mostrar les imatges de la signatura, que vaig recollir amb el meu mòbil, i de l'excel·lent instal·lació de què disposem.

**Dr. Fernando Pifarré**  
Director del Centre de Medicina de l'Esport de Lleida



Instal·lacions de la nova seu a Lleida de Medicina de l'Esport



Dr. Albert Tarrats



Dr. Mateu Huguet



Taula presidencial de l'assemblea ordinària del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

## Assemblea ordinària anual del COMLL

**E**l Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar, el passat 17 d'abril, l'assemblea anual ordinària de col·legiats a la seu col·legial. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior, els assistents van guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, el president, Dr. Ramon Mur Garcés, i la secretària, Dra. Maria Irigoyen Otiñano, van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, documents que recullen de forma resumida la vida col·legial de l'any 2017 i que van merèixer l'aprovació dels assistents.

Tot seguit van intervenir els següents membres de la Junta de Govern, cada un per informar de les respectives àrees: el Dr. Iñigo Lorente, que va parlar sobre Atenció Primària i cooperació; la Dra. Margarita Puigdevall, sobre medicina privada; el Dr. Carlos Querol, sobre diverses actuacions; la Dra. Neus Pociello, sobre la formació mèdica continuada i, finalment, Sergi Sisó, sobre l'Àrea Tecnològica Col·legial.

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

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2017.
2. Aprovació del pressupost del 2018.

**El Col·legi de Metges de Lleida gestiona el 2018 un pressupost de 717.560 €**

El tresorer del Col·legi, Dr. Ivan Aguirregoicoa Olabarrieta, va informar detalladament del contingut d'aquests documents i va explicar i enumerar les diferents partides que conformen els estats comptables, la situació patrimonial del Col·legi el 31 de desembre de 2017 i el pressupost col·legial del 2018, que inclou el de les seccions col·legials en funcionament. L'assemblea va aprovar tots els documents presentats.

Després d'un breu torn de precís i preguntes, es van lliurar les beques de la segona edició de promoció de la docència, atorgades a Roberto Antonio Palacios Garrán i a Joel Àngel Baldó en la modalitat R1; a Núria Prades Salvador i Marc Agraz Bota en R2-R3, i a Camila Paz Cortés Pinto, Mar Miralbes Torner i Clara Matas Nadal en R4-R5. »»



Minut de silenci dels assistents en record dels companys traspassats

**Resultat de l'exercici 2017**

Ingressos: 876.575,75 €
Despeses: 819.224,57 €
Resultat de l'exercici: 57.351,18 €

» Els becaris van rebre el diploma acreditatiu i el xec bancari nominal.

Posteriorment, es van lliurar el diploma col·legial i del Consejo General, així com la insígnia als col·legiats i col·legiades presents que havien assolit la condició d'honorífics des de la darrera assemblea: Dra. Rosa Maria Tella Arnau, Dr. Jorge Burrial Piulats, Dr. José Luis de Frutos Rincón, Dra. Genoveva Canal Pey, Dr. Souhail Abiad Anzo, Dra. María José Panadés Siurana, Dr. Juan Bautista Ibars Solsona, Dr. Jacobo Alcutén Pardos, Dr. Joan Badia Trilla, Dr. Sebastián Barranco Tomás, Dr. Martí Rocha Solé, Dr. Adolfo Casasús Ramón, Dr. Julio Manuel Bances Vázquez, Dra. Nieves Rosa del Agua López, Dr. Federico Torrente Castro, Dr. Josep Ulles Fons, Dr. Manuel Cervera del Pino, Dr. Serafín González Falcó, Dr. José Ramon Estadella Serrat, Dra. Maria Gladys Bulla de Espinosa, Dr. Miguel Peso Barajas, Dra. Maria dels Àngels Curtó López, Dr. Antonio Belenguer Abós, Dra. Maria del Carmen Forn Marsol, Dr. Jaime Baró Aylón, Dr. Gerardo Pallás Porta, Dr. Abdul Massih Mubaied Atik i Dr. Héctor Jorge Fusaro.

Finalment, es va lliurar el guardó de la XVI edició del Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari del COMLL a la Fundació Arrels/Sant Ignasi pel seu projecte de diversos programes socials per a persones en exclusió social, entre els quals figura l'atenció en l'àmbit de la salut. Roger Torres i Pilar Mas, president i cap d'administració, respectivament, de la Fundació, van recollir el premi i van agrair la distinció. A continuació, un representant de l'Associació Solidaritat i Servei Santa Teresina, entitat premiada a l'anterior edició d'aquest premi, va exposar el destí de la quantitat rebuda l'any anterior.

**Lliurats els diplomes i la insígnia als col·legiats i les col·legiades honorífics/ques**

**Els becaris van rebre les beques del COMLL a la docència**

**Liquidació del pressupost del 2017**

	REALITZATS	PRESSUPOSTATS	DESVIACIÓ
<b>INGRESSOS</b>			
Per quotes col·legials	531.348,60	519.496,20	2,28%
Per comissions	184.620,53	164.500,00	12,23%
Per arrendaments	21.309,30	21.720,00	-1,89%
Per serveis prestats	63.019,50	62.600,00	0,67%
Per formació continuada	26.503,04	18.000,00	47,24%
Per venda de certificats mèdics	24.576,00	22.700,00	9,23%
Subvencions	1.500,00	2.800,00	-46,43%
Financers	303,27	860,00	-64,74%
Altres ingressos	23.395,50	17.740,00	31,88%
<b>TOTAL</b>	<b>876.575,74</b>	<b>830.416,20</b>	<b>5,56%</b>
	REALITZADES	PRESSUPOSTADES	DESVIACIÓ
<b>DESPESES</b>			
Adquisició de certificats	7.200,00	5.400,00	33,33%
Variació existències impresos	1.973,70	2.000,00	1,32%
Arrendaments, participacions	207.931,10	203.209,18	2,32%
Reparació i conservació	22.865,19	26.340,00	-13,19%
Serveis de professionals independ.	28.556,18	24.600,00	16,08%
Serveis bancaris i similars	1.684,31	1.200,00	40,36%
Primes d'assegurances	17.410,42	17.475,00	-0,37%
Subministraments	5.646,25	6.800,00	-16,97%
Publicitat, relacions públiques	31.400,48	37.500,00	-16,27%
Despeses de representació	49.925,24	57.991,44	-13,91%
Seccions col·legials	11.343,82	17.000,00	33,27%
Formació continuada	33.845,78	24.500,00	38,15%
Resta de serveis exteriors	36.303,61	40.800,58	11,02%
Impost sobre beneficis	28.266,36	22.000,00	28,48%
Altres tributs	30.031,54	30.000,00	0,11%
Sous i salaris	222.356,39	231.000,00	-3,74%
Seguretat Social a càrrec empresa	64.506,44	60.000,00	7,51%
Altres despeses socials		1.000,00	-100,00%
Amortitzacions immob. immaterial	3.321,42	3.500,00	-5,10%
Amortitzacions immob. material	14.656,34	18.100,00	-19,03%
<b>TOTAL</b>	<b>819.224,57</b>	<b>830.416,20</b>	<b>-1,35%</b>

**Pressupost del 2018**

	PRESSUPOST 2018	PRESSUPOST 2017	VARIACIÓ
<b>INGRESSOS</b>			
Per quotes col·legials	379.245,60	519.496,20	-30,28%
Per comissions	174.500,00	164.500,00	6,08%
Per arrendaments	37.120,00	21.720,00	70,90%
Per serveis prestats	68.630,00	62.600,00	9,63%
Per formació continuada	20.000,00	18.000,00	11,11%
Per venda de certificats mèdics	22.700,00	22.700,00	
Subvencions	2.800,00	2.800,00	
Financers	80,00	860,00	-90,70%
Altres ingressos	12.485,00	17.740,00	29,62%
<b>TOTAL</b>	<b>717.560,00</b>	<b>830.416,20</b>	<b>13,59%</b>
	PRESSUPOST 2018	PRESSUPOST 2017	VARIACIÓ
<b>DESPESES</b>			
Adquisició de certificats	7.200,00	5.400,00	33,33%
Variació existències impresos	2.000,00	2.000,00	
Arrendaments, participacions	57.326,03	203.209,18	-71,79%
Reparació i conservació	23.305,00	6.340,00	-11,52%
Serveis de professionals independ.	29.500,00	24.600,00	19,92%
Serveis bancaris i similars	1.600,00	1.200,00	33,33%
Primes d'assegurances	19.900,00	17.475,00	13,88%
Subministraments	6.300,00	6.800,00	-7,35%
Publicitat, relacions públiques	35.000,00	37.500,00	-6,67%
Despeses de representació	56.500,00	57.991,44	-2,57%
Seccions col·legials	15.392,86	17.000,00	-9,45%
Formació continuada	34.000,00	24.500,00	38,78%
Resta de serveis exteriors	48.236,11	40.800,58	18,22%
Impost sobre beneficis	28.000,00	22.000,00	27,27%
Altres tributs	34.300,00	30.000,00	14,33%
Sous i salaris	220.000,00	231.000,00	-4,76%
Seguretat Social a càrrec empresa	64.000,00	60.000,00	6,67%
Altres despeses socials	1.000,00	1.000,00	
Amortitzacions immob. immaterial	4.000,00	3.500,00	14,29%
Amortitzacions immob. material	30.000,00	18.100,00	65,75%
<b>TOTAL</b>	<b>717.560,00</b>	<b>830.416,20</b>	<b>-13,59%</b>



Becari Joan Àngel Baldo



Becari Marc Agraz Bota



Becària Carmila Paz Cortés Pinto

Al mig, el Dr. Sebastià Barranco



Al mig, la Dra. Nieves Rosa del Agua López



Al mig, el Dr. Manuel Cervera del Pino



# DEBAT

## Oferta, demanda i regulació de professionals. Tenim metges suficients?

La regulació sanitària és una de les funcions del sistema de salut en què sempre intervé l'Estat. Fins i tot els països on la majoria de funcions sanitàries es mouen segons els mecanismes del mercat, sigui en la provisió de serveis o en el finançament de les prestacions, els governs intervenen directament en l'atorgament de titulacions acadèmiques i en regulen l'obtenció i l'homologació.

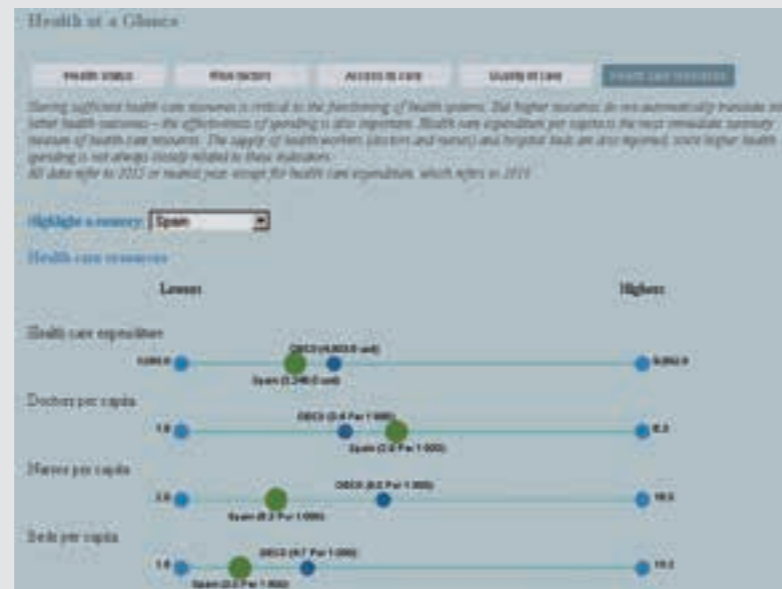
L'Estat espanyol té competència exclusiva en aquesta matèria, i encara que la Constitució del 1978 reconeix, en l'article 27, l'autonomia universitària, aquesta autonomia no inclou l'expedició i l'homologació de títols, tret de les aprovacions dels plans d'estudis, però sempre sobre la base de les directrius generals dictades pel govern, amb l'excepció dels títols propis que les universitats imparteixen, sense validesa oficial, respecte de les que sí que són plenament sobiranes en tots els aspectes.

És el Ministeri d'Educació, Cultura i Esport qui expedeix titulacions universitàries signades per Sa Majestat el Rei, el Ministre o el Magnífic Rector de la universitat corresponent en els casos del doctorat, d'acord amb allò que estableix la Llei Orgànica 6/2001 d'Universitats i la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, per tal de "regular les condicions d'exercici i els respectius àmbits professionals, així com les mesures que garanteixin la formació bàsica, pràctica i clínica dels professionals". La llei explicita que "l'exercici d'una professió sanitària, per compte propi o aliè, requerirà la possessió del corresponent títol oficial que habiliti expressament per a això".

La normativa i les directrius generals europees han incidit de manera important en l'oferta i la demanda de professionals en els darrers anys, ja sigui en el moviment de professionals titulats i en l'homologació de titulacions, o bé en els candidats a obtenir la titulació estatal. Aquest ha estat el cas del sistema MIR, en què una part important de candidats han cursat els estudis de pregrau en altres països.

Podríem pensar que en aquesta normativa intervé també el ministeri afectat, en el nostre cas, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, o si fóssim encara més ben pensats, que hi intervenen també les comunitats autònomes, ja que tenen, teòricament, la competència plena en la gestió dels recursos humans del sistema de salut. Però no.

Així, l'Estatut d'Autonomia del 2006 deia, en l'article 125, que "correspon a la Generalitat, respectant les normes generals sobre titulacions



Dades de l'OCDE Health at a Glance 2017

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA			
	2015	2020	2025
Nº TOTAL ESPECIALISTAS	49111	46251	42992
RATIO POR 100.000 HAB.	106,8	101,3	94,7
PORCENTAJE MUJERES	51,7	55,1	56,5
PORCENTAJE MAYORES 49 AÑOS	55,4	49,4	35,5

Oferta i necessitat d'especialistes mèdics a Espanya 2008-2025. Ministeri de Sanitat i Consum, 2009

acadèmiques i professionals i el que disposen els articles 36 i 139 de la Constitució, la competència exclusiva sobre l'exercici de les professions titulades", la qual inclou, en tot cas:

a) La determinació dels requisits i les condicions d'exercici de les professions titulades, i també dels drets i les obligacions dels professionals titulats i del règim d'incompatibilitats.

b) La regulació de les garanties administratives davant l'intrusisme i les actuacions irregulars, i també la regulació de les prestacions profesio-



nals de caràcter obligatori.

c) El règim disciplinari de l'exercici de les professions titulades.

Per tant, qui mana de veritat, en aquest àmbit? De fet, ara, almenys a Catalunya, amb el 155 ja no sabem gaire quines competències exercim... o quines podrem tenir sense assumir la independència.

### Però, tenim metges suficients?

Cal veure'n les xifres<sup>1</sup>, a partir de les quals podem concloure que els resultats d'aquesta intervenció estatal no han estat positius, de manera que seríem davant d'un altre exemple dels defectes de la intervenció de l'Estat en Sanitat.

Altres propugnaran que cal deixar-ho en mans del mercat, que ja ajustarà l'oferta a les necessitats, però, com ja explicàvem en articles anteriors, les falles del mercat es noten, per exemple, en els llocs petits, on aquest mercat no existeix.

França, que tenia un model liberal d'exercici, ha començat a tenir problemes de professionals en algunes zones rurals, i es planteja intervenir-hi, tal com ho fan molts països desenvolupats.

Altres experts arriben a conclusions diferents i pensen que no manquen professionals. Allò en què coincideix

**França, amb un model liberal d'exercici, ha començat a tenir problemes de professionals en algunes zones rurals**

tothom, però, és que s'ha fet una mala gestió macro dels recursos humans.

Juan Simó, metge de família i autor del blog *Salut, diners i Atenció Primària*, exposa el que, per a ell, són alguns misteris<sup>2</sup>:

· Si manquen metges, ¿per què es va reduir l'oferta de places MIR a partir del 2009?

· Si moltíssims batxillers espanyols demanen estudiar medicina, ¿per què finalment més d'una tercera part de les places MIR les ocupen metges estrangers?

I afirma que el que segur que mancarà a partir d'ara és petroli barat, que és el que havia representat fins ara la mà d'obra de molts facultatius. Ell posa l'accent en el fet que ha crescut quatre vegades més el nombre de metges de diferents especialitzacions hospitalàries que el dels especialistes de medicina familiar i comunitària de l'Atenció Primària de salut.

Això no seguiria les recomanacions que, des de fa anys, proposa Barbara Starfield<sup>3</sup>, segons les quals almenys la meitat d'especialistes en un sistema de salut haurien de ser metges d'Atenció Primària i Comunitària perquè s'obtinguin bons resultats en la salut poblacional.

Però, en un dels seus darrers informes<sup>4</sup>, ella també matisa clarament que "ni la riquesa de un país ni el número de professionals de la salut se relacionan con los niveles de salud. Lo que cuenta es la existencia de las características clave de



la política de salud (atención primaria de salud), la cobertura financiera universal bajo el control del gobierno o regulada, la intención de distribuir los recursos equitativamente, la integralidad de los servicios, y bajos o nulos copagos para los servicios de atención primaria. Todos estos, combinados, producen una mejor atención primaria: un mayor acceso y uso del primer contacto, más atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, mayor gama de servicios disponibles cuando sean necesarios, y la coordinación de la atención”.

Per tant, no es tracta solament de tenir uns grans números bons, sinó de veure com es distribueixen, com es combinem amb altres professionals i recursos i quina és la seva productivitat, qüestió, aquesta, que s'ha de tractar sempre acuradament.

De fet, les xifres recents de l'OCDE<sup>5</sup> mostren que tenim més metges que la mitjana i clarament menys personal d'infermeria. Com es veu a la taula, també estem per sota en despesa sanitària i en llits per habitant, aspectes que seria interessant tractar en altres articles, sobretot el primer.

Però les mitjanes enganyen i, si no, que ho preguntin a qui no es menja res del mig pollastre teòric que comparteix amb qui se'l menja sencer. Per tant, hauriem de veure el nombre de professionals per especialitats, per comunitats i, dins de Catalunya, per zones concretes, sobretot en el nostre entorn.

A Lleida podem repassar les memòries publicades pels proveïdors majoritaris, Institut Català de la Salut i de Gestió de Serveis Sanitaris, per situar-nos, però les xifres no són homogènies i el personal facultatiu està classificat de manera

diferent en cada empresa. Tampoc els col·legis professionals no mostren les seves estadístiques, encara que alguns, com el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, han treballat força aquesta qüestió.

Per saber-ho de veritat, s'hauria de disposar d'un registre oficial. Un registre que el metge ministre de Madrid Bernat Sòria es va comprometre a elaborar després del recompte que es va fer l'any 2009, en què es van preveure i diagnosticar clarament “futuras carencias en especialidades”, com es pot constatar a la *Ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud*<sup>6</sup>, presentada al Senat el juny del 2010.

#### Però realment s'han fet coses?

La majoria dels experts creuen que no es fa tot allò que caldria fer i, per exemple, l'economista Beatriz González López-Valcarcel, una de les que més han estudiat les necessitats de professionals en el sistema de salut, deia l'any 2012<sup>7</sup>: “La enfermería ascendida a grado deja un hueco que los auxiliares de enfermería ocuparán. Este efecto dominó se frena en la medicina de familia, que no tiene potencial de expansión hacia delante. De ahí que priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia, potenciar su capacidad investigadora y definir una carrera profesional que no equipare productividad a antigüedad sean objetivos razonables para el sistema.”

Com veiem, aquesta qüestió, abordada amb caràcter general, és molt complexa, però a nosaltres el que de fet ens interessa és com estem a Lleida, cosa que es tracta en els diferents articles d'aquest butlletí.

**Dr. Ramon Piñol Llovera**

*Metge*

#### NOTES

1. El sistema público necesita 50.000 facultativos para cubrir el déficit. Cronicaglobal. Accessible desembre 2017 a [https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/sistema-publico-necesita-50-000-facultativos\\_104060\\_102\\_amp.html](https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/sistema-publico-necesita-50-000-facultativos_104060_102_amp.html)
2. Juan Simó diu: “Ya no se nada en aquella sobreabundancia de médicos, muchísimos en el paro o muy precarizados, en cuya salsa su tosca gestión del personal funcionava” (Salud, dinero y atención primaria accessible), desembre 2017 a <http://saludinerop.blogspot.com.es/2017/12/faltan-medicos-datos-y-misterios.html>
3. 1 Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff* 2005; **W5**:97-107. 2 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; **60**(3):201-218.
4. Barbara Starfield Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012* doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009 accessible desembre 2017 a <http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-26-num-s1/suplemento/sespas/S0213911111X00092/>
5. Dades OCDE Health at a Glance 2017 accessible desembre 2017 a <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
6. Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud Boletín General del Senado, Núm. 483, de 18 de junio de 2010



7. Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez. Planificació y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit 2012;26 Supl 1:46-51 accessible desembre 2017 a <http://www.gacetasa-nitaria.org/es/vol-26-num-s1/suplemento/sespas/S0213911111X00092/>

## Jubilacions dels pròxims 10 anys en la demografia mèdica

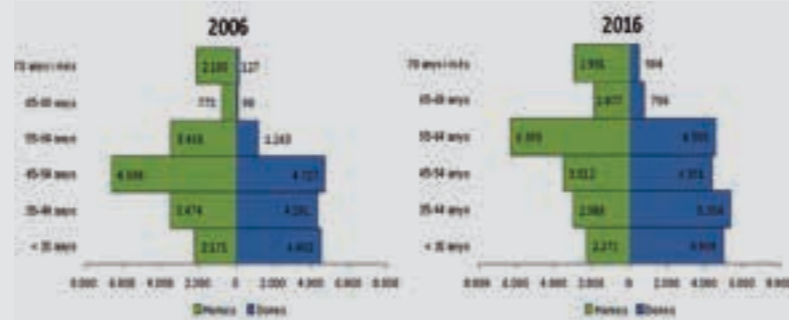
A 31 de desembre del 2016, a Catalunya comptàvem amb 40.408 metges. Els metges de Lleida suposen el 5% del total; els de Girona, el 7%; els de Tarragona, el 8% i els de Barcelona, el 80%. Lleida tanca el 2017 amb un total de 1.815 col·legiats, un 1,6% més que el 2016 i un 3,9% més que el 2015. Enguany, les altes col·legials han augmentat un 6,5% i se situen pràcticament en el centenar. Aquest increment ha estat inferior al registrat entre el 2015 i el 2016, període en què les altes van augmentar un 18%.

Hi ha certes lògiques que s'observen d'uns anys ençà en la demografia col·legial catalana, com ara la feminització de la professió, l'increment de metges arribats de fora de l'Estat espanyol i l'envelliment de la piràmide d'edat dels col·legiats. Aquesta última qüestió planteja un dels grans reptes de la demografia col·legial dels últims anys: la jubilació dels metges nascuts en les generacions dels 50 i 60. La pregunta és clara: faltaran metges en el futur? Abans d'intentar mirar endavant, és pertinent mirar enrere i fer un breu repàs d'aquesta última dècada.

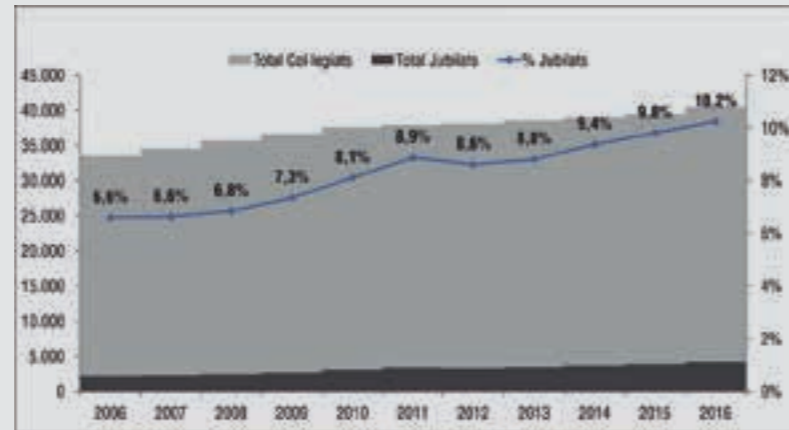
El gràfic 1 mostra la comparativa entre les piràmides d'edat del total de la col·legiació catalana el 2006 i el 2016. Durant el transcurs d'aquesta dècada, s'observa com l'estructura demogràfica de la professió mèdica s'ha feminitzat de manera clara. A més, el ritme de noves entrades farà que aquesta situació continuï en aquesta direcció (en els últims 3 anys, més del 60% de les altes són dones). La piràmide d'edat del 2016 mostra aquesta nova realitat sobre el perfil del metge del futur: dona jove i especialista. Això planteja nous escenaris. Les noves generacions de metges (tant homes com dones) semblen tenir escales de prioritats diferents que les generacions anteriors. En particular, la necessitat de la conciliació laboral i familiar.

També s'observa en les dues piràmides l'envelliment del col·lectiu mèdic. Aquests 10.000 metges que el 2006 es trobaven entre els 45 i 54 anys, ara tenen 10 anys més i, en la pròxima dècada, tots estaran jubilats<sup>1</sup> o a punt de jubilar-se (si més no, per treballar en el sector públic).

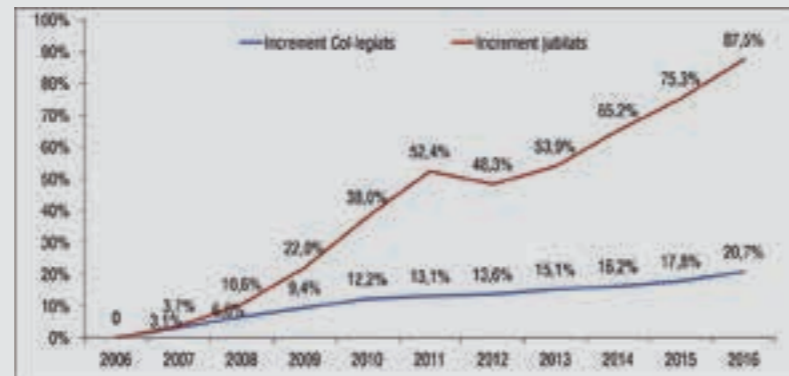
La qüestió serà si serem capaços de planificar i gestionar la sortida del mercat de treball d'aquest gran nombre de metges, ja que, mentre que en 10 anys el nombre de metges d'entre 45 i 54 anys ha caigut un 30% i el nombre de metges d'entre 55 i 64 anys i d'entre 65 i 69 anys ha augmentat un 135% i un 202%, respectivament, els metges de menys de 45 anys han augmentat només un 8%. Sembla, per tant, que tot i que



Gràfic 1. Piràmides d'edat del 2006 i el 2016 del total de metges col·legiats a Catalunya



Gràfic 2. Evolució dels jubilats respecte al total de la col·legiació



Gràfic 3. Evolució de l'increment percentual de col·legiats i jubilats. Any base 2006=0



Gràfic 4. Prosecció de la jubilació de metges del COMLL per als propers 10 anys

el nombre de col·legiats no para d'augmentar, sobretot per l'arribada de metges nascuts fora de l'Estat espanyol, el nombre de jubilats augmenta més ràpidament (vegeu gràfics 2 i 3). Si fa deu



anys els jubilats eren un 6,6% del total de la col·legiació, avui suposen ja més del 10%. Aquesta tendència farà que, d'aquí a uns anys, hi hagi un volum de metges jubilats com possiblement no hi ha hagut abans. Tenint en compte que encara no s'ha jubilat aquesta generació esmentada, el gràfic 3 mostra com el total de la col·legiació ha augmentat un 21% en una dècada, però el total de metges jubilats ha augmentat prop d'un 88%. Tot això fa que també sigui necessari pensar en el futur d'aquests metges i preveure que també demanaran atenció per part dels respectius col·legis de metges.

### La següent dècada es poden arribar a jubilar fins a 477 metges, el 26% de l'actual col·legiació del COMLL

Com es comentava anteriorment, aquest augment de la jubilació és comú en tota la demografia col·legial catalana i, evidentment, el COMLL no en queda al marge. El gràfic 4 mostra les projeccions de jubilació per als pròxims 10 anys. Si el 2017 els col·legiats que van arribar a 68 anys van ser 19, en 5 anys (2022) poden ser 48, un 152% més, i en la pròxima dècada es poden arribar a jubilar fins a 477 metges, xifra que suposa el 26% de l'actual col·legiació del COMLL.

No podem incidir en l'envelliment progressiu de la població. Tampoc en l'aparició de noves malalties i en la desaparició d'altres, o en l'evolució de les tecnologies en l'àmbit assistencial i de la informació que, progressivament, comportaran canvis substancials en la manera d'exercir la medicina. Tots aquests aspectes depassen la nostra capacitat a l'hora de preveure les necessitats de metges

al país. Però l'administració sanitària, les organitzacions assistencials, les societats científiques i els col·legis professionals hem de començar a fer propostes que permetin fer previsions, a curt i mitjà termini, i planificar el nombre de metges que necessitem. En els últims 10 anys, hem suplert el dèficit de metges amb una arribada molt important de professionals extracomunitaris.

Hi ha aspectes concrets que hem de resoldre de manera imminent. El primer, establir mesures que facin més flexible el sistema sanitari, amb menys burocràcia i més autonomia, i que permeti als metges ser més resolutius. Segon, millorar les condicions laborals i retributives, incorporant noves mesures d'incentivació per a la resolució dels problemes dels nostres pacients. Tercer, augmentar lleugerament el nombre de places de medicina i de places MIR, així com promoure la troncalitat com a mesura que ha de permetre flexibilitzar el sistema d'especialització. I quart, afavorir un sistema de jubilacions més flexible, capaç d'adaptar-se tant a les necessitats organitzatives del sistema sanitari com al perfil i a la situació de cada professional concret. Cal començar, per tant, a prendre decisions davant d'uns reptes que són imminents.

**Gerard Serratusell,  
Berenguer Camps i Dr. Marc Soler**

#### NOTA

1. L'edat estimada utilitzada per als càlculs sobre les futures jubilacions col·legials és de 68 anys, segons un estudi intern del CoMB.

## Previsió de cobriment de les jubilacions

Des de fa anys, una qüestió que ha estat recurrent és si falten o no metges. Una societat tan hipermedicalitzada que mostra una alta expectativa respecte al confort i la qualitat simptomàtica de la vida, una indústria tecnològica i farmacèutica amb una ànsia important de mercat i una classe política que fa un ús i desús del sistema sanitari amb interessos barrejats, entre planificadors i electorals, promouen de forma periòdica un curiós debat.

Els anys de benestar social i econòmic decidits per fluxos monetaris i afanys politicosocials que em costen d'explicar fan aparèixer una necessitat constant de professionals sanitaris que obliga a buscar-los a qualsevol lloc del planeta, fins i tot a modificar lleis —que se suposava que protegien el ciutadà— per garantir la presència de més professionals, com si, de cop, apareguessin una multitud de pandèmies, amagades vés a saber on, i fessin imprescindible la perícia de més expertes en les branques de les ciències de la salut. Fins i tot es crea un clima que afaforeix, sense cap mena de planificació acurada, la creació de noves facultats de medicina en un intent de produir més professionals, sense voler col·lapsar més (i tampoc millorar) els que, des de fa anys, han sabut fer-ho molt bé en condicions molt complicades.

Després, de cop, en una crisi econòmica que fa trontollar tota la xarxa social, no només desapareix aquesta necessitat, sinó que l'eficiència fa canviar moltes regles del joc que fins aleshores eren paradigmes indiscutibles. Reducció de les plantilles, canvis en indicacions de procediments, guies clíniques amb més evidència, reestructuracions dels dispositius del sistema sanitari. Una situació que faria malpensar dels qui gestionaven èpoques anteriors. I, de nou, el ciutadà és mirat des d'una òptica més hostil: hiperfreqüentador, malbaratador dels serveis públics, copagaments, sostenibilitat compartida, etc.

Per altra banda, en un mercat laboral tan inestable, la nostra professió té una projecció social en la banda alta. No hi ha atur, i fins i tot des del mateix moment en què acaba el grau hi ha un MIR assalariat. En canvi, molts altres companys del batxillerat no troben cap feina, han de ser becari o treballar en condicions molt més dures i amb una salari força diferent, fins i tot sent metges, però no MIR. Algunes especialitats mèdiques tenen un impacte en la societat que fa que molts alumnes de batxillerat i, sobretot, molts dels seus pares les visquin com el Valhalla per complir els seus desitjos. Això fa que la renovació de metges i metges estigui assegurada.

El *baby boom* de les dècades dels cinquanta i seixanta va generar una joventut que va florir en el mateix moment de la Transició política, amb un gran canvi social i un accés a la universitat com mai no s'havia produït. Aquells pares i mares, que provenien de generacions que havien patit molt després d'una cruenta guerra, podien realitzar el somni d'oferir als seus fills una formació per al seu futur que els permetés escalar en la classe



social i garantir un benestar quasi indefinit, la qual cosa va facilitar que un nombrós grups de llicenciats en medicina actualment estiguem ja a les portes de la jubilació administrativa i professional.

També cal tenir present que tenim una edat que provoca diferents problemes de salut, canvis sensorials i alguna modificació en les nostres capacitats funcionals. Per això, és necessari que uns professionals amb intel·ligència emocional efectiva gestionin uns sistemes sanitaris rígids i estableixin mesures proactives per facilitar la nostra feina i assegurar als pacients i a la societat l'excel·lència tan anomenada en molts discursos.

Durant l'etapa de transició a aquesta jubilació nombrosa, no faltaran metges i metgesses especialitzats que sortiran al mercat laboral, perquè la graduació des de les universitats no s'atura i el programa MIR es mantindrà, ja que és fonamental per a la formació i per a la sostenibilitat del mateix sistema sanitari.

Però, les empreses del sector sanitari, ¿poden renunciar a un dels factors més importants en la praxi mèdica com és el bagatge experiencial dels professionals actuals? ¿El ciutadà acceptarà de bon grat que la majoria de les decisions clíniques siguin preses pels

**En un mercat laboral tan inestable, la nostra professió té una projecció social en la banda alta. No hi ha atur**

menys experts, encara que potser tinguin el millor bagatge de coneixements? Una societat que vol ser democràtica i avançada, ¿pot renunciar a la saviesa dels seus membres?

I ara toca reflexionar sobre el sistema sanitari. ¿L'Estat actual té clar el model d'assegurança que vol oferir a la població per tenir cura de la seva salut? ¿I de la seva malaltia? Semblen establir-se les polítiques en una mena d'acció i reacció, amb una escassa previsió i planificació, cosa que, això no obstant, en una societat com l'actual, líquida i sotmesa més que mai a l'imperi de l'economia, no resulta difícil d'entendre. Però, per a mi, aquest és el puntal estratègic més important a l'hora de reflexionar sobre la previsió de necessitats de professionals mèdics: el dibuix del model. ¿Serà ultratecnològic i superespecialitzat, o bé un model centrat en professionals amb especialitats anomenades generalistes que sabran tenir una visió holística? ¿Serà un sistema accessible i universal, o bé establirà algun tipus de quotes i restriccions, amb la qual cosa el model d'assegurança privada tindrà unes regles pròpies de joc?

En conclusió, de metgesses i metges no en faltaran; cada cop més universitats s'encarreguen que sigui possible. Competència en coneixements i tècnica, les millors de tots els temps. El mercat laboral, com el d'altres professions, amb una necessitat de professionals polivalents, amb

dificultat per establir previsions a mitjà termini, globalitzat i amb un cert nomadisme. Els polítics i gestors del sistema sanitari, buscant models d'una mínima sostenibilitat a un preu que encara no sabem.

S'ha criticat molt el fet que es deixin marxar a altres països professionals, per la importància de la seva social que suposa. Ara la pregunta és si passarà el mateix amb professionals que mostren dia a dia la seva vàlua, en determinades condicions saludables, i que, permetent un guany personal proporcional a l'esforç, podrien generar una simbiosi enriquidora amb els nous entrants al sistema que garantiria i milloraria la continuïtat i la qualitat assistencial a la nostra societat.

**Dr. Eduard Peñasca Pujol**

*Especialista en Medicina Familiar i Comunitària*

## El futuro de la pediatria en los próximos años

Desde hace varios años, existe una escasez de pediatras, mayoritariamente en Atención Primaria, que afecta a todas las comunidades autónomas. Actualmente, en Cataluña, entre un 30 y un 35% de las plazas de pediatría no están cubiertas por pediatras. Esta situación, junto con las numerosas jubilaciones previstas en los próximos años, supone un reto que debemos asumir. Desde nuestro punto de vista, esto nos brinda la oportunidad de llevar a cabo un cambio de paradigma asistencial en el que se debe implicar a gestores, profesionales de la salud y familias. Si no se realiza ningún cambio, peligra la presencia del pediatra en Atención Primaria, lo que imposibilitará mantener la calidad asistencial y los buenos resultados en salud infantil que tenemos en la actualidad.

En este sentido, enumeramos a continuación una serie de propuestas que creemos podrían llevarse a cabo en los diferentes ámbitos:

Modelo asistencial:

1. En primer lugar, proponemos trabajar por procesos asistenciales de forma transversal con la participación de los profesionales implicados en todos los niveles de asistencia.
2. Creemos conveniente replantear el programa del niño sano (PAPPS), potenciando las actividades preventivas con suficiente nivel de evidencia científica y obviar las que no lo tienen.
3. Nos parece primordial establecer alianzas estratégicas con todos los proveedores de servicios para la infancia, tanto sanitarios (radiología, especialidades quirúrgicas, salud mental...) como no sanitarios (servicios sociales, administraciones locales, enseñanza...).

Pediatras:

1. Será de gran utilidad potenciar una estrecha coordinación y comunicación entre pediatras de Atención Primaria y Hospitalaria de todo el territorio.
2. Ha llegado el momento de incorporar las nuevas tecnologías (TIC) para disminuir desplazamientos, tanto de los profesionales como de los

pacientes y sus familias.

3. Deberíamos aprovechar y potenciar las habilidades de cada profesional y mantener el nivel de competencia con programas formativos adaptados al área de trabajo.

4. Nos gustaría mantener los programas de formación continuada coordinados por la comisión de formación en pediatría, que se establecen en base a unas necesidades reales detectadas en nuestro sector.

5. Podría ser de utilidad crear programas multidisciplinarios para optimizar la asistencia de los pacientes crónicos con pluripatología que consumen muchos recursos.

Enfermería pediátrica:

1. Es básico potenciar el rol y el crecimiento profesional de enfermería pediátrica.

2. Hay que reforzar el papel de enfermería como referente de salud para la población pediátrica, sobre todo orientada a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Familias:

1. En estos momentos creemos que podemos empoderar a las familias en la toma de decisio-

nes en relación con la salud de sus hijos realizando:

a. Actividades comunitarias de formación en puericultura y cuidados básicos, así como patología prevalente.

b. Creando programas paciente-familia expertos en el manejo de enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, asma...).

Gestores:

1. Es obvio que vamos a necesitar su ayuda para proveer los recursos personales y materiales necesarios para llevar a cabo este nuevo modelo asistencial.

2. Deben facilitar, en lo posible, la creación de contratos laborales atractivos para fidelizar a los profesionales en el territorio.

La presencia en la Atención Primaria de médicos especialistas en pediatría, junto con enfermería pediátrica y medicina de familia, es lo que mantiene los excelentes niveles de salud infantil de nuestro país. Es importante recalcar que es en la infancia cuando se adquieren los hábitos saludables, se previene la aparición de enfermedades y se diagnostican muchas de las patologías cróni-

cas que consumen gran cantidad de recursos en la edad adulta. Si desaparece este modelo, es probable que la población adulta tenga más necesidades asistenciales, lo que empeorará la situación actual.

**Dra. María Chiné**

*Pediatra del Centro de Atención Primaria de Almacelles*

**Dra. Neus Pociello**

*Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida- RBLleida*

## Com afecta als estudiants de Medicina la falta de professionals

La jubilació massiva de metges a Lleida està per arribar. No és un fet amagat, ja que ens avisa de fa molt temps: les últimes estimacions del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) alerten que es jubilaran 8.000 metges d'aquí al 2027.

Com a estudiant, no sóc precisament un advocat de la permanència absoluta, sinó que considero que dels problemes n'hem de fer oportunitats. Aquest gap generacional pot causar problemes, però també podria donar noves oportunitats perquè els joves talents s'hagin de buscar la vida per despuntar i tornem a tenir noves generacions amb noms d'autoritat que ressonin pels passadissos dels hospitals i de la universitat.

Està ben clara la manca de planificació per part del Ministeri de Sanitat, ja que grans serveis (i no tan grans) es poden quedar completament orfes de sèniors que puguin assessorar i donar la seva gran experiència als adjunts i residents (i, per què no, estudiants) més joves. S'observa que, tot i que es preveu una falta de metges, no s'amplien places de formació MIR, o bé aquestes places no compleixen els requisits de reposició generacional.

La manca de remuneració adequada per part del nostre SNS en comparació amb la resta de països comunitaris, així com la precarietat dels contractes post-MIR també tenen un gran paper en la fuga de professionals cap a altres països. Països que, encara que les places MIR siguin suficients i estiguin ben planificades, produeixen aquest transvasament de bates blanques que no sembla que tingui cap tipus de previsibilitat. És una situació que pot ser dramàtica i comportar mesures dràstiques, com retardar l'edat de jubilació forçada, cosa que ja s'està fent (evitant noves contractacions) o buscar fórmules com la del metge emèrit, que no exerceixen tasques assistencials, però que fan docència i tasques de consultoria, fins i tot rebent una retribució econòmica.

Tot i que sembla que això només —com si fos poc— afecta metges i pacients, els estudiants també podem veure ressentida la nostra formació en pràctiques. La precarització dels contractes nous, la falta de reposició generacional i la càrrega assistencial rebuda sense una retribució econòmica suficient o un contracte a l'altura fan que els nostres futurs tutors no tinguin ni el temps ni l'ànim suficients per atendre els nostres dubtes o per seguir els nostres plans de pràctiques. Això és de vital importància per a la nostra formació, ja que uns bons tutors i unes bones pràctiques determinen si ens sentim més atrets per una especialitat o per una altra. Aquest és un cas que es repeteix en molts futurs metges: tenir unes pràctiques memorables i amb un tutor apassionat —i sense signes d'estar amb *burn-out*— ajuda molt a tenir una perspectiva més apassionada i més inclinada cap a aquella especialitat concreta.

No em sembla possible cap solució per evitar aquest problema que ens ve al damunt, i que, lentament però inexorablement, acabarà marcant un nou començament en el paradigma assistencial, formatiu i laboral dels metges d'un futur no gaire llunyà. Possiblement ens tocarà, tot i la falta d'experiència, intentar estar —com sempre han aconseguit els metges i residents del SNS— a l'altura de les exigències de la situació política i econòmica.

**Vincenzo Paolo Palavicino Issi**

*Estudiant de 5è de Medicina* **23**



# Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància (projecte IHAN)

Experiència del CAP Primer de Maig i de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

La Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i a la Lactància (IHAN i BFHI, segons les seves sigles en anglès), és l'estratègia promoguda per l'OMS i l'Unicef l'any 1991 per animar els hospitals i els centres de salut a adoptar pràctiques clíniques de promoció, protecció i suport a la lactància materna exclusiva des del naixement fins als 6 mesos, i amb l'alimentació complementària adequada, fins als 2 anys o més.

La IHAN ofereix un programa eficaç i estructurat amb l'objectiu d'aconseguir establir la lactància materna com a norma i forma òptima d'alimentar els nostres nadons. Implementar aquest programa no és fàcil. Per això, actualment es fa per fases, escalonant els objectius, la gestió econòmica i els recursos, alhora que es reconeixen els canvis a mesura que es van aconseguint.

Convertir-se en un hospital o en un centre de salut IHAN és un procés que comença amb una autoavaluació. Aquesta autoavaluació inicial conduirà a l'anàlisi de les pràctiques que promouen o dificulten la lactància materna, i, en conseqüència, a les accions necessàries per portar a terme els canvis que calguin. Per ajudar a fer aquests canvis, s'estableix un procés en quatre fases, 4D: Descobriments, Desenvolupament, Difusió i Designació ([www.ihan.es](http://www.ihan.es)).

A la vegada, la Iniciativa s'assegura que els serveis sanitaris acreditats segueixen complint els requisits exigits mitjançant un fase afegida de reacreditació.

Per acreditar un hospital/centre de salut com a IHAN és necessari:

1. Complir els deu passos per a una

feliç lactància natural (set passos per als centres de salut ([www.unicef.org](http://www.unicef.org)), basats en proves científiques, aprovats per organismes nacionals i internacionals com a estàndards de bona pràctica clínica. Les diferents fases de la iniciativa IHAN estan pensades per facilitar el compliment d'aquests passos imprescindibles i l'objectiu últim de la IHAN.

2. Complir el Codi de Comercialització de Succedanis de Llet Materna i les resolucions posteriors de l'Assemblea Mundial de la Salut que hi estan relacionades.

3. Tenir almenys un 75% de lactància materna exclusiva des del naixement fins a l'alta en el cas dels hospitals.

4. Oferir informació i suport a les mares que decideixen no alletar.

5. Assistir al part d'acord amb l'Estratègia d'Atenció al Part Normal del Sistema Nacional de Salut (hospitals).



Fase 1. És una foto fixa de la situació de la lactància materna dins l'equip. Inclou l'autoavaluació més la Comissió de Lactància Materna per començar a fer el camí.

Fase 2. És la fase d'assentament de les bases científiques, tècniques i logístiques. Inclou la redacció de la Normativa de Lactància Materna, l'ambientació del centre, el pla d'acció i el pla de formació. Requereix l'adhesió de tot l'equip al Codi de Comercialització de Succedanis de la Llet Materna.

Fase 3. És la fase en què cal assegurar que tot el personal, sanitari i no



sanitari, estigui format en lactància materna, segons el seu grau de responsabilitat. Es posen en marxa els tallers de lactància, que, en el cas del nostre centre, ja funcionen des de la fase 1.

Fase 4. Toca fer l'avaluació externa per comprovar que tota la feina de les fases anteriors no queda en paper mullat i resta inclosa en la rutina del centre.

## Per què ser IHAN?

Aquest programa representa una oportunitat de millora ja assajada i provada. Ser IHAN és sinònim de treballar bé en l'atenció a embarassades, mares i nadons.

En primer lloc, el programa d'acreditació IHAN és eficaç i basat en l'evidència, amb avaluadors externs, que permet i facilita la tasca de donar suport al manteniment i augment de durada de la lactància materna. L'estratègia pretén proporcionar al personal de salut que treballa en l'àmbit comunitari un programa d'acreditació eficaç, útil i assolible.

En segon lloc, la promoció i la protecció de la lactància materna estan incloses com a indicador de bona pràctica clínica que s'ha de complir

## Passos per a una feliç lactància materna

HOSPITALS I MATERNITATS (10)	CENTRES DE SALUT (7)
Normativa de LM escrita	Normativa de LM escrita
Capacitació del personal respecte a la normativa	Capacitació del personal respecte a la normativa
Informació a dones gestants i les seves famílies	Informació a dones gestants i les seves famílies
Inici precoç LM 30 minuts (contacte pell amb pell)	
Ensenyar com donar el pit (també en cas de separació)	Primera visita al centre dins la primera setmana de vida (a les 72 hores de l'alta de la maternitat)
Només pit (excepte per indicació mèdica)	
Allotjament conjunt mare-nadó	
Alletar a demanda	Suport a l'inici i per mantenir LM exclusiva 6 mesos i adequadament complementada fins als 2 anys o més
No oferir xumets, biberons ni tetines	Ambient d'acollida i atmosfera receptiva
Col·laboració amb els Grups de Suport	Col·laboració amb els Grups de Suport
<b>El codi de comercialització de succedanis de la llet materna és d'obligat compliment</b>	

en els programes d'acreditació de les competències professionals de pediatria, tant en pediatria hospitalària com en Atenció Primària.

En tercer lloc, transformar un hospital o un centre sanitari per aconseguir l'acreditació IHAN té com a objectiu millorar la salut de les dones, els lactants, les seves famílies i, per extensió, la societat en general. S'ajuda a prendre decisions de forma compartida, informada i amb el suport adequat. S'ofereix una atenció de qualitat atenta a les necessitats de les mares i els lactants.

En quart lloc, es promou l'excel·lència de la pràctica clínica, mitjançant el suport i la promoció de la lactància materna, com a procés únic, a través dels diferents nivells d'atenció a la salut.

## I a casa nostra: CAP Primer de Maig

El CAP Primer de Maig, situat al barri de la Mariola de la ciutat de Lleida, amb una població assignada pediàtrica de 3.900 infants, aproximadament, està immers en aquest projecte des del desembre de l'any 2011. És pioner a donar a conèixer la iniciativa a les nostres contrades i el primer de Catalunya a rebre l'acreditació de la fase 1D. El primer pas, constituir una Comissió de Lactància Materna per dirigir el projecte, ja comptava des del l'inici amb la participació de pediatres de la maternitat de referència (Hospital Arnau de Vilanova), ja que, sense aquesta coordinació, no és possible treballar per superar les diferents fases del camí en 4D proposat.

Al febrer del 2015, després de l'aprovació de la documentació presentada de fase 2, es va concedir al centre l'acreditació d'aquesta fase. Actualment, després d'una aturada temporal, el CAP intenta treballar per assolir la fase 3, compartint inquietuds amb l'Hospital Arnau de Vilanova.

Aquest camí es pot recórrer de forma aïllada, cada centre de salut, o de forma conjunta, com a part d'un grup de centres dins d'un departament, regió o àrea de salut. L'acreditació conjunta suposa que els centres comparteixen tota la documentació elaborada de forma consensuada (normativa, programes, protocols, material educatiu...), així com el pla de formació en lactància materna per als professionals, la qual cosa facilita la feina i disminueix els costos de l'acreditació. >>>



Actualment, a Espanya, hi ha cinc centres acreditats amb el guardó atorgat: dos a la Comunitat Valenciana, dos al País Basc i un a Toledo. Un total de 23 centres es troben en l'actualitat en fase 2D arreu de l'Estat, tres dels quals a Catalunya, dos a Barcelona i un a Lleida (el nostre).

**Hospital Universitari Arnau de Vilanova**

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova va iniciar aquest projecte l'any 2015, amb la creació d'un Comitè de Lactància multidisciplinari des del qual es treballa segons les directrius que marca la IHAN. El mes de febrer del 2016 va assolir la primera de les quatre fases existents, i al febrer del 2017, la segona fase, en què es troba actualment, juntament amb 21 hospitals de tot Espanya. El passat 26 de febrer es va realitzar la gala de lliurament dels guardons d'acreditació IHAN-UNICEF com a reconeixement a tots els hospitals i centres de salut que van demostrar bones pràctiques d'humanització de l'assistència al naixement i la lactància i que van aconseguir superar alguna fase del procés d'acreditació durant els anys 2015-2017. L'Hospital Arnau de Vilanova hi era, i va rebre els merescuts guardons de primera i segona fase.

Caldrà ara seguir treballant en aquesta línia per aconseguir la tercera fase.

**El CAP Primer de Maig està immers en aquest projecte des de l'any 2011**

**L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova el va iniciar l'any 2015**

La formació de tot el personal sanitari que està en contacte amb mares i nadons a l'hospital ens aproparà al nostre objectiu. Aquests cursos s'adapten en hores (2, 4 o 20 hores), segons el nivell de responsabilitat del professional en l'establiment de la lactància materna. Per poder impartir els cursos amb qualitat, es va realitzar inicialment un curs de formadors de formadors, en què es van formar 9 persones de l'hospital com a formadors IHAN.

En la tercera fase també es necessària la coordinació amb Atenció Primària i els grups de mares en què es dona suport a la lactància materna —en la nostra zona, Alleta— i l'elaboració de protocols i guies d'atenció a la lactància i al part normal.

A més, per aconseguir aquest nivell,

és necessari el compromís de l'hospital en la defensa del Codi Internacional de Comercialització de Succedanis de la Llet, que implica l'eliminació de tot tipus de publicitat, directa o indirecta, sobre fórmules adaptades de biberons, tetines o xumets. Tampoc no es poden distribuir mostres o obsequis a les mares, famílies o als professionals de l'atenció sanitària.

Després d'aconseguir la tercera fase, s'ha de passar una auditoria externa, que avalua de forma rigorosa totes les pràctiques hospitalàries relacionades amb l'alletament. Si ho aconseguim, rebre l'acreditació i es convertirà en Hospital IHAN. Un cop s'ha aconseguit l'acreditació, el centre serà reavaluat periòdicament si vol mantenir l'acreditació.

La IHAN ens proposa un denominador comú als qui treballem en la iniciativa, tant des de l'Atenció Hospitalària com des de l'Atenció Primària. Tots els nadons tenen el dret a rebre la llet de la seva mare i totes les mares tenen el dret a rebre suport competent per poder alletar el seu nadó amb èxit, si així ho han decidit.

**Dra. Mireia Ortiz Morell**  
Pediatria neonatòloga  
IBCLC, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida  
**Dra. Carme Gabarrell Guiu**  
Pediatria AP  
IBCLC, ABS Primer de Maig de Lleida



Llevadores que treballen a l'ASSIR de Lleida

**Projecte Espais Amics de la Popa**

La lactància materna és l'alimentació ideal per als nadons, ja que els aporta els nutrients en la quantitat i la qualitat necessàries per al seu normal desenvolupament. De fet, l'OMS recomana la lactància materna exclusiva durant els sis primers mesos de vida i fins als dos anys o més, juntament amb l'alimentació complementària.

Promoure la lactància materna té implicacions en la salut dels nadons i, a la llarga, en la de tota la població. Molts estudis han demostrat que, amb l'alletament natural, es redueix la incidència de patologies com el sobrepès, l'obesitat, les gastroenteritis, l'otitis, l'asma, la DM tipus 1 i 2, la leucèmia, MII i SMSL en els nadons i càncer de mama i ovari, osteoporosi i depressió en les mares, per citar-ne només alguns exemples.

Cristina Barana, Maria Jounou i Sònia Capdevila són llevadores que treballen a l'ASSIR de Lleida. En la seva feina diària, transmeten el missatge que la lactància materna és bàsica per a la criança dels nostres nadons.

El projecte neix a partir d'una motivació personal. L'experiència com a mares i professionals pel contacte diari a les consultes amb les mares recents demostra que hi ha una manca de suport de la comunitat a l'hora de facilitar que mare i nadó es trobin còmodes per alletar fora dels espais estrictament privats com pot ser el domicili.

**L'objectiu és visibilitzar i normalitzar l'alletament matern**

Al Regne Unit, a l'Argentina i a l'Estat espanyol (País Basc i Almeria) s'han dut a terme actuacions per fer visible la importància de normalitzar la lactància, sigui en el lloc que sigui. Així doncs, l'objectiu que proposen és visibilitzar i normalitzar



Acte per promocionar la lactància materna

zar l'alletament matern en els espais públics i privats per tal d'integrar-lo a la vida quotidiana.

Per aconseguir aquest objectiu, es necessita la implicació del màxim nombre de persones a fi de sensibilitzar la societat pel que fa a l'alimentació natural i al fet d'alletar un nadó. Es tracta que els espais públics i privats que ho desitgin (farmàcies, centres de salut, biblioteques, cafeteries, restaurants i un llarg etcètera) esdevinguin Espais Amics de la Popa. Això vol dir espais on mare i nadó siguin ben rebuts per fer l'alletament.

La iniciativa es va donar a conèixer al gener del 2018, tot i que des del gener del 2017 ja s'hi treballava. S'ha creat una associació per facilitar la col·laboració amb altres entitats d'àmbit social, un *social media plan*, perfils a les xarxes socials més utilitzades per difondre el missatge i l'espai web, que funciona com a pilar bàsic de la comunicació del projecte i on es troba tota la informació i, alhora, és possible adherir-se a la iniciativa des de qualsevol punt del territori català, de la resta de l'Estat espanyol o, fins i tot, del món.

Qualsevol local públic o privat que desitgi ser Espai Amic de la Popa només cal que accedeixi a la web [www.amicsdelapopa.cat](http://www.amicsdelapopa.cat) i empleni el formulari a l'apartat "Uneix-te". Llavors, l'associació li enviarà, via correu ordinari, un adhesiu perquè el col·loqui a la porta d'entrada del seu establiment, i les mares reconeixeran l'espai amic de la popa i sabran que seran ben rebudes per alletar els seus fills i filles.

# Tractament de les berrugues

La gent anomena berrugues els petits fibromes tous del coll (acrocordons), els nevus melanocítics intradèrmics de la cara i les queratosis seborreiques del cos. Aquest nom s'hauria de reservar per a les lesions causades pels virus del papil·loma humà (VPH) (taula 1). La seva prevalença és superior a l'1% i afecta més del 50% de la població en algun moment de la seva vida<sup>1</sup>. Penetra la pell per microtraumatismes i els factors de risc són la utilització de dutxes comunitàries i la immunosupressió. Es tracta de lesions altament encomanadisses, que la majoria de vegades són eliminades en mesos o anys per les cèl·lules T citotòxiques de la immunitat innata<sup>2</sup>, malgrat que en alguns pacients tenen una evolució crònica, probablement pel desenvolupament de tolerància.

Els tractaments més utilitzats són els queratolítics i la crioteràpia, amb una efectivitat similar. També es pot utilitzar la cantaridina per a les berrugues plantars, l'àcid tricloroacètic (ATA) i la resina de podofil·lí per a les berrugues genitals i l'àcid retinoic per a les berrugues planes (taula 2). En casos molt recalcitrants, també es poden emprar el curetatge i l'electrocoagulació, algunes formes de làser i altres tractaments

**La seva prevalença és superior a l'1% i afecta més del 50% de la població**

**Són lesions altament encomanadisses que sovint s'eliminen en mesos o anys**

lumínics com els infrarojos o la teràpia fotodinàmica<sup>3</sup>, els citotòxics com la bleomicina intralesional o el 5-fluorouracil tòpic o fàrmacs sensibilitzants com la difenciprona o el dinitroclorobencé. Per escollir el tractament, hem de tenir en compte una sèrie de consideracions (taula 3).

## A. Berrugues vulgars (palmars i plantars)

Vegeu les figures 1 i 2. Podeu veure més imatges de berrugues vulgars,

periunguals i plantars a dermatoweb/atles/v/verrugas vulgares o verrugas plantares.

### Tractament mèdic

#### 1. Queratolítics

Dissolen els desmosomes que formen el ciment intercel·lular i causen acantòlisi, necrosi dels queratinòcits infectats per VPH i maceració epidèrmica.

##### a. Àcid salicílic (AS)

Tractament de primera línia emprat en les berrugues vulgars de les mans, incloent-hi les periunguals (nivell d'evidència IIB), i les berrugues plantars (taules 4 i 5). No es recomana per a les berrugues de pell fina, perquè pot produir una cremada química. En diversos assajos controlats, se n'ha comprovat l'efectivitat amb una taxa de curació del 75%<sup>4</sup>. Es comercialitza en forma de solució al 15% en col·lodi (Verufil®, Ildin Antiverrugas®) i pegats amb àcid salicílic al 10, 20 i 40% (Verrupach®).

##### b. Cantaridina

És una toxina natural obtinguda de l'escarabat anomenat "mosca espanyola". Actua com a queratolític i produeix acantòlisi per trencament de la unió dels desmosomes als tonofilaments<sup>5</sup>. Es dispensa al 0,7% per a les

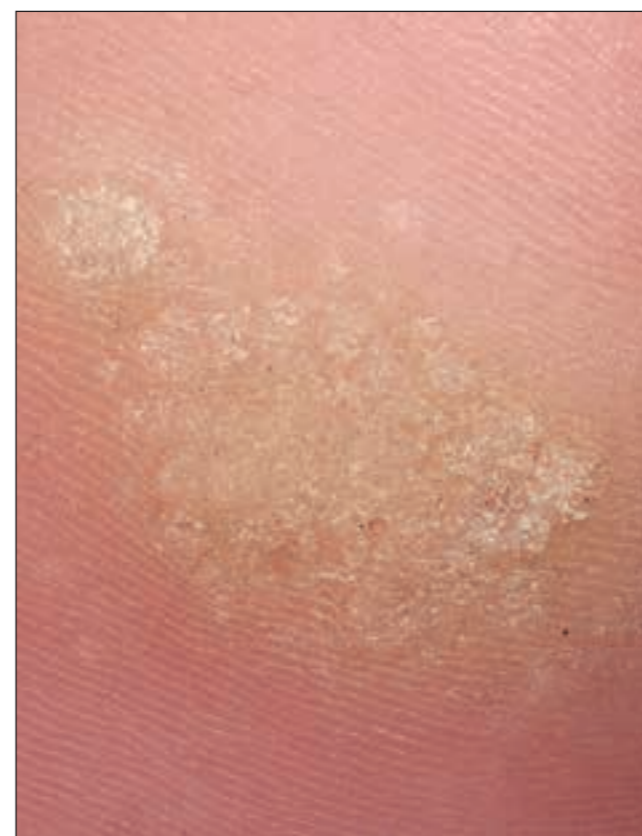


Fig. 2. Berruga plantar en mosaic

berrugues vulgars i a l'1%, amb AS al 30% i podofilotoxina al 2%, per a les berrugues plantars. S'aplica 1 gota setmanal o quinzenal. En un estudi es va aconseguir la desaparició de les berrugues en 5,4 visites de mitjana i en 44 pacients es va obtenir la curació en 1 sol tractament<sup>6</sup>. Es considera tractament de segona línia, perquè és més dolorós que l'àcid salicílic i pot deixar cicatriu.

##### c. Àcid tricloroacètic (ATA)

Queratolític molt potent que travessa amb facilitat la capa còrnia i cauteritza la pell. S'utilitza en concentracions del 40-70%. Les recidives són freqüents. En un estudi, es va aplicar ATA al 40% setmanalment durant 4 setmanes i es va obtenir una millora moderada-bona en un 76,6% dels pacients, superior a l'aplicació d'un total de 4 cicles de crioteràpia cada 2 setmanes<sup>7</sup>.

#### 2. Bleomicina intralesional

És un citotòxic que inhibeix la síntesi del DNA cel·lular i viral. Produeix dany vascular que origina necrosi epidèrmica. És un tractament de tercera línia en cas de berrugues recalcitrants<sup>8</sup> (nivell d'evidència IIB) (taula 7). El tractament pot causar el fenomen de Raynaud i onicodistròfia permanent en cas de berrugues periunguals, però no produeix toxicitat sistèmica. Està contraindicat en l'embaràs i la lactància. En un estudi, basat en entrevistes telefòniques, es va comprovar que el 74% (34/46) dels pacients es van curar completament, amb una mitjana d'1,7 tractaments amb bleomicina intralesional<sup>9</sup>.



Fig. 3. Berrugues planes de la cara

#### 3. Sensibilitzants

Són una alternativa terapèutica per a les berrugues múltiples i recalcitrants. Produeixen una dermatitis al·lèrgica de contacte. Aquesta resposta immune eliminarà les berrugues. S'ha utilitzat el dinitroclorobenzè, el dibutil-èster de l'àcid esquàric i la difenciprona. La reacció pot ser molt intensa i generalitzada.

### Tractament quirúrgic

#### 1. Criocirurgia amb nitrogen líquid

Juntament amb l'AS, és un tractament de primera línia (nivell d'evidència I). S'aplica normalment amb pistola. Es realitzen de 3 a 5 trets, de 5 a 10 segons de durada, segons la mida de la lesió, fins a produir un halo de congelació de 3 mm. Es recomana una sessió setmanal, fins a la remissió de les lesions, o mensual, si es combina amb AS diàriament. Podeu veure un vídeo de com fer la crioteràpia de les berrugues vulgars i plantars a derma-

toweb2/vídeos/crioteràpia.

El tractament combinat amb queratolítics sembla més efectiu que qualsevol dels tractaments per separat<sup>11</sup>. Revisions més recents de la base Cochrane mostren que es necessita crioteràpia agressiva perquè el tractament sigui efectiu, i que és més eficaç a les berrugues de les mans que a les plantars<sup>10</sup>. Ara bé, el tractament agressiu és més dolorós, se sol fer sota anestèsia local i acostuma a deixar cicatriu.

#### 2. Electrocoagulació i curetatge

Tractament de segona línia per a les berrugues grans i recalcitrants. Es fa amb anestèsia local i deixa cicatriu. Per aquest motiu, està contraindicat en les berrugues periunguals (pot destruir la matriu unguial i causar onicodistròfia definitiva) i plantars (la cicatriu pot ser dolorosa de per vida).

#### 3. Làser

Els làsers de CO<sub>2</sub> i el de colorant polsat són mètodes efectius de tercera línia per la seva precisió i rapidesa<sup>12</sup>.

## B. Berrugues planes (fig. 3)

Podeu veure més imatges de berrugues planes a dermatoweb/atles/v/verrugas planas.

#### 1. Queratolítics suaus

Àcid retinoic (tretinoïna) 0,025-0,05-0,1% (Retirides®) (nivell d'evidència IIB). Cal iniciar en baixes concentracions i incrementar mensualment (taula 8). Contraindicat en l'embaràs (pot ser teratogènic per absorció transepidermàtica del fàrmac). És irritant (s'ha d'evitar que toqui els ulls i els llavis) i



Fig. 1. Berrugues palmars

**Cirurgia per a les vulgars: criocirurgia amb nitrogen líquid, electrocoagulació i curetatge i làser**



Fig. 4. Berrugues filiformes

és fotosensibilitzant.

**2. Crioteràpia superficial**

Contacte repetit amb hisop impregnat de nitrogen líquid i cal fer 2-3 tocs en cada berruga, de 5-8 segons, o bé fer trets molt curts, de 2-3 segons, amb la pistola de nitrogen. S'ha de repetir el tractament cada 2-4 setmanes. Cal tenir molta cura amb la pistola, ja que pot deixar cicatrius. Podeu veure un vídeo de com fer la crioteràpia de les berrugues planes a dermatoweb2/vídeos/crioteràpia/verrugas planas.

**C. Berrugues en edat infantil**

En els nens, a més de les berrugues vulgars i les plantars, són comunes les planes i les filiformes<sup>13</sup> (fig. 3 i 4). Els tractaments són els mateixos que en les berrugues dels adults (àcids, crioteràpia, electrocoagulació-curetatge). Ara bé, la crioteràpia no és ben tolerada en edats infantils, i més si s'ha de fer de forma intensa. Per sota dels 12 anys, recomanem queratolítics com l'AS durant mesos. També es pot aplicar amb molta cura cantaridina o l'ATA (aquest és preferible aplicar-lo a la consulta) i deixar tractaments més agressius per als casos recalcitrants.

*Dr. J.M. Fernández,  
Dr. R. Aguayo i Dr. J.M. Casanova  
Servei de Dermatologia  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova*

**BIBLIOGRAFIA**

- Loo SK, Tang WY. Warts (nongenital). BMJ Clin Evid. 2014 Jun 12;2014. pii: 1710.
- Tay SS, Roediger B, Tong PL, Tikoo S, Weninger W. The Skin-Resident Immune Network. Curr Dermatol Rep. 2013;3:13-22.
- Maranda EL, Lim VM, Nguyen AH, Nouri K. Laser and light therapy for facial warts: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Jun 29. doi: 10.1111/jdv.1378.
- Gibbs S, Harvey I, Sterling JC, Stark R. Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ 2002; 325(7362):461.
- Al-Dawsari NA, Masterpol KS. Cantharidin in Dermatology. Skinmed. 2016;14:111-4.
- López López D, Vilar Fernández JM, Losa Iglesias ME, Álvarez Castro C, Romero Morales C, García Sánchez MM, Becerro de Bengoa Vallejo R. Safety and effectiveness of cantharidin-podophyloxytoxin-salicylic acid in the treatment of recalcitrant plantar warts. Dermatol Ther. 2016;29:269-73.
- Cengiz FP, Emiroglu N, Su O, Onsun N. Effectiveness and safety profile of 40% trichloroacetic acid and cryotherapy for plantar warts. J Dermatol. 2016 Apr 4. doi: 10.1111/1346-8138.13370.
- Konicke K, Olasz E. Successful Treatment of Recalcitrant Plantar Warts With Bleomycin and Microneedling. Dermatol Surg. 2016;42:1007-8.
- Kruter L, Saggat V, Akhavan A, Patel P, Umanoff N, Viola KV, Stebbins W, Smith E, Akhavan A, Cohen JV, Cohen SR. Intralesional Bleomycin for Warts: Patient Satisfaction and Treatment Outcomes. J Cutan Med Surg. 2015;19:470-6.
- Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;(9):CD001781.
- Kwok CS, Holland R, Gibbs S. Efficacy of topical treatments for cutaneous warts: a meta-analysis and pooled analysis of randomized controlled trials. Br J Dermatol. 2011;165:233-46.
- Nguyen J, Korta DZ, Chapman L, Kelly KM. Laser Treatment of Nongenital Verrucae: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 2016 Apr 27. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.0826.
- Stulberg DL, Hutchinson AG. Molluscum contagiosum and warts. Am Fam Physician. 2003;67:1233-40.

**Taula 1. Principals formes clíniques de berrugues**

- Berrugues vulgars (palmars i plantars i sobreprominències òssies)
- Berrugues planes
- Berrugues filiformes
- Berrugues anogenitals ("condilomes acuminats")

**Taula 3. Consideracions que cal tenir en compte en el tractament de les berrugues**

- Risc de transmissió (més elevat en cas de microferides freqüents o mossegar-se les ungles).
- Tractaments dolorosos (crioteràpia) i múltiples sessions (fracàs terapèutic freqüent).
- Poden sortir noves lesions durant mesos fins que es desenvolupa la immunitat cel·lular específica.
- Desaparició espontània en mesos o anys, especialment en nens (immunitat innata). Hi ha un 30-50% de casos crònics (tolerància, convivència amb el virus des de temps ancestrals).
- No fer tractaments agressius (electrocoagulació, làser, cirurgia, radioteràpia) en berrugues plantars ni periunguals (risc de cicatriu).

**Taula 4. Àcid salicílic al 15-20% en col·lodió per a berrugues vulgars**

- Cal protegir la pell sana perilesional amb vaselina o pasta Lassar.
- S'ha d'aplicar a la nit una gota de queratolític sobre la berruga i deixar-ho assecar.
- S'ha de tapar la berruga amb esparadrap de roba.
- S'ha de deixar actuar 24 hores.
- Transcorregut aquest temps, cal retirar l'esparadrap, humitejar la berruga durant uns 2 minuts amb aigua tèbia i rascar la superfície amb una lima d'ungles o amb pedra tosca amb la finalitat d'enretirar la làmina de queratina macerada, necròtica.
- S'ha de repetir el tractament cada dia fins que desaparegui totalment la berruga (entre 1 i 3 mesos, segons la mida).
- Una vegada a la setmana, s'ha de realitzar una neteja en profunditat, amb una fulla de bisturi o una d'afaitar.
- En cas que es produeixi irritació intensa, cal descansar 2 o 3 dies i reaplicar novament (si se suspèn el tractament molts dies, la berruga torna a créixer).

**Taula 5. Vaselina salicilica al 20-40%**

- S'ha de protegir la pell sana perilesional amb pasta Lassar.

**Taula 2. Tractament de les berrugues i dels condilomes**

	1A. LÍNIA	2A LÍNIA	3A LÍNIA
Berrugues vulgars (mans i peus)	AS Crioteràpia	CTD ATC CTG + EC	Làser Bleomicina il Sensibilitzants (difenciprona)
Berrugues planes	Ac retinoic 0,01-0,05% AS 4%	Crioteràpia superficial	Làser
Berrugues genitals (condilomes)	Podofilotoxina Crioteràpia	Resina de podofil·lí ATA 5-FU CTG + EC	Làser Cirurgia Imiquimod

AS: àcid salicílic. CTD: cantaridina. ATA: àcid tricloroacètic. CTG: curetatge. EC: electrocoagulació. 5-FU: 5-fluorouracil

- S'ha d'aplicar a la nit una capa molt fina de vaselina salicilica sobre la berruga i evitar que s'estengui a la pell sana.
- Cal cobrir amb làmina de plàstic fi, que es fixa a la pell amb un embenat o amb esparadrap.
- S'ha de deixar actuar tota la nit.
- L'endemà, s'ha d'enretirar l'apòsit, fer un bany amb aigua tèbia durant uns minuts i fregar la superfície amb una lima d'ungles o amb una pedra tosca per enretirar la làmina de berruga destruïda i afavorir la penetració del queratolític. Una cop a la setmana pot fer-se un desbridament més intens amb una fulla de bisturi.
- S'ha de repetir el tractament cada dia o en dies alterns fins que desaparegui totalment la berruga (habitualment, entre 1 i 3 mesos, segons la mida).
- En cas que es produeixi irritació intensa, cal descansar 2 o 3 dies i reaplicar novament (si se suspèn el tractament molts dies, la berruga torna a créixer).
- S'ha de diluir els 15 mg del vial de bleomicina en 15 ml de sèrum fisiològic.
- S'ha d'injectar 0,1-0,2 ml de la solució de bleomicina (0,5 mg/ml) al cor de la berruga amb una xeringa d'insulina (agulla núm. 30), enfocant el bisell cap a munt. No s'ha de sobrepassar 1,5 ml per sessió.
- Cal advertir el pacient que apareixerà edema, inflamació i dolor a la zona afectada, i que 48 hores després es formarà una escara, que donarà pas a la desaparició de la berruga.
- El tractament pot repetir-se amb una freqüència mensual, sense sobrepassar els 5 mg de bleomicina acumulada.
- Alternativament, pot realitzar-se escarificació de la berruga amb una llanceta, deixant prèviament sobre la berruga una gota de la solució (0,5 mg/ml).

**Taula 8. Àcid retinoic**

- S'ha d'aplicar una capa fina de la crema sobre les berrugues i evitar que toqui la pell sana.
- S'ha de començar per una concentració de 0,025%.
- S'ha de deixar actuar la crema durant 20-30 minuts els primers dies i després rentar bé. Cal augmentar progressivament el temps d'aplicació fins aconseguir un efecte piling (\*).
- S'ha de repetir el tractament cada dia fins que desaparegui totalment la berruga (entre 1 i 3 mesos, segons la mida).

5. En cas que es produeixi irritació intensa, s'ha de descansar 2 o 3 dies i reaplicar novament (si se suspèn el tractament molts dies, la berruga torna a créixer).

Nota: es pot doblar el temps d'aplicació cada 3-4 dies segons la tolerància, i deixar la crema com a màxim durant tota la nit. Si no s'aconsegueix que les berrugues desapareguin, podem incrementar la concentració de la crema.

(\*): descamació normalment associada a discret envermelliment

De la mateixa manera podem fer servir àcid salicílic en baixes concentracions, entre el 2 i el 4%.

**Taula 6. Àcid tricloroacètic (ATA)**

- S'ha de retirar la part de berruga necrosada pel tractament de la setmana anterior.
- S'ha de protegir la pell sana amb vaselina o pasta Lassar.
- Cal pintar la berruga amb la solució d'àcid tricloroacètic i evitar que toqui la pell sana.
- Cal esperar que s'eixugui i espolsar amb bicarbonat per neutralitzar l'àcid sobrer.
- Quatre hores després, s'ha de rentar bé amb aigua i sabó.
- S'ha de repetir el tractament setmanalment fins que la berruga desaparegui.
- En cas d' irritació intensa, cal descansar 2 o 3 dies i reaplicar.

**Taula 7. Bleomicina intralesional**

- Cal desinfectar la zona circumdant a la berruga amb antisèptic o alcohol.
- S'ha d'injectar anestèsic local amb una agulla d'insulina (núm 30) a la berruga (a les periunguals pot fer-se anestèsia truncular).



# Si sou metge, participeu!

PREMIS A LA RECERCA

MUTUAL MÈDICA 2018

Entreu al nostre web i accediu a les bases dels Premis



Data límit de lliurament: 28 de setembre de 2018

[www.mutualmedica.com](http://www.mutualmedica.com)



[infomutual@mutualmedica.com](mailto:infomutual@mutualmedica.com) · 901 215 216

Fundació

MutualMèdica

La Mutualitat dels Metges