

BUTLLETÍ MEDIC



Col·legi Oficial de Metges de Lleida
MARÇ DEL 2019 NÚMERO 130



Celebrada la jornada sobre eutànasia i suïcidi assistit als COMLL

Hi van participar per "streaming"
103 professionals de diferents
col·legis de l'Estat *pàg. 5*

pàg. 4

**LLIURAMENT DELS PREMIS
del Concurs de Nades del
COMLL 2018**

pàg. 9

**Homenatge AL DR. MANEL
CAMPS CLEMENTE**

pàg. 22

**BRASIL, una rotación
diferente. Experiència de
dos residents del CAP
Primer de Maig de Lleida**





Donde la belleza del lugar inspira al corazón

Picture taken at Crèvecoeur Beachcomber Golf Resort & Spa



BEACHCOMBER
RESORTS & HOTELS

The Art of Beautiful

ISLA MAURICIO

EMPIEZA A DISFRUTAR DE TUS MEJORES MOMENTOS EN WWW.BEACHCOMBER.COM

FEMINITZACIÓ DE LA PROFESSION, però no de les direccions

La feminització de la professió mèdica ja és una realitat. Les darreres dades de l'Institut Nacional d'Estadística del 2018, publicades pel COMLL, verifiquen que les dones són un 51,19% de la col·legiació. Aquest percentatge és molt superior entre els menor de 55 anys i se situa en un 70% de dones col·legiades. L'increment s'ha produït sobretot en els tres darrers anys.

Malgrat aquesta evidència, el número de dones en llocs de responsabilitat no es correspon amb la realitat de l'exercici professional. Creiem en la capacitat de les persones per arribar a llocs de responsabilitat, independentment del seu sexe. I tant en la feina diària com en les institucions oficial, els col·legis inclosos, les dones no ocupen els llocs que es mereixen.

Volem recordar que en els cent anys d'història del COMLL només hi ha hagut una presidenta, la Dra. Rosa M. Pérez, i en els 40 anys de Facultat de Medicina de Lleida solament dos deganes, la Dra. Rosa Soler, que exercia aquesta responsabilitat des del 2013, i la Dra. Anna Casanovas, que serà la nova degana durant els tres propers anys. Esperem que en pocs anys les dones participin en tots els nivells de direcció i gerència per la seva vàlua.



ÍNDEX

- Lliurament dels premis del Concurs de Nadales del Col·legi Oficial de Metges de Lleida 2018 PÀG. 4
- Jornada del COMLL sobre l'eutenàsia i el suïcidi assistit PÀG. 5
- Feminització de la professió PÀG. 6
- Cursos de Formació del COMLL PÀG. 7
- IV Jornada de Nefrologia PÀG. 8
- Homenatge al Dr. Manel Camps Clemente PÀG. 9
- Acords de la Junta de Govern del COMLL PÀG. 10
- Pacte social per a un sistema públic de salut de qualitat PÀG. 12 a 16
- Actualización en la infección por *Helicobacter pylori* PÀG. 17 a 19
- Brasil, una rotación diferente PÀG. 20 a 22
- Les aftes bucals PÀG. 23 a 25
- Donació en assistència controlada PÀG. 26 a 30

Edició

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA.

Rambla d'Aragó, 14,
altell 25002 Lleida

Tel.: 973 27 08 11
Fax: 973 27 11 41.

<http://www.comll.es>

butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Tomàs Alonso Sancho
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
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
Javier Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:

Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester. Comunicació

Producció editorial:

Editorial MIC



Edicions MIC
Tel. 93 799 07 07
www.revistesamida.cat

DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

Lliurament dels premis del Concurs de Nadales del COMLL 2018



Acte lliurament premis

Es petits artistes que van participar en el Concurs de Nadales del COMLL 2018 van protagonitzar l'acte de lliurament dels premis, que es va celebrar el 18 de desembre a la seu col·legial. Aniol García Soler, de 8 anys, va guanyar el primer premi; Dani Sacristán Ortega, de 6 anys, el segon, i Edgar Melé Sala, de 4 anys, es va endur el tercer.

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) els va oferir un berenar, del qual van gaudir amb les seves famílies. A més, totes les nenes i els nens van rebre un obsequi de participació.

Tradicionalment, el COMLL convoca aquest concurs entre els fills, néts i nebots dels col·legiats. El dibuix guanyador il·lustra la felicitació nadalenca del Col·legi.



Edgar Melé



Aniol García



Dani Sacristán

El COMLL va recollir 48 kg de productes per al Gran Recapte d'Aliments

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va participar per primera vegada en la darrera edició de la campanya solidària Gran Recapte d'Aliments, que es va desenvolupar a finals de l'any passat. El COMLL va recollir un total de 48 kg de productes alimentaris, que les persones voluntàries van dipositar en sis caixes per fer-los arribar al Banc d'Aliments de Lleida. El Col·legi va convidar els col·legiats i les

col·legiades a participar en la iniciativa solidària. En aquest sentit, es va adreçar especialment a les famílies que van assistir al lliurament dels premis del Concurs de Nadales del COMLL per conscienciar els pares i els infants sobre el greu problema de la fam. El propòsit del Col·legi és col·laborar també en la propera edició del Gran Recapte davant la bona acollida que va tenir la campanya entre la professió.

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addicció 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>

JORNADA DEL COMLL SOBRE L'EUTANÀSIA I EL SUÏCIDI ASSISTIT

Els experts afirmen que les cures pal·liatives són l'alternativa en malalts somàtics i psiquiàtrics

MAGDA BALLESTER

Les cures pal·liatives són una alternativa a l'eutanàsia i el suïcidi assistit, segons dos metges experts que van participar el 29 de gener en la jornada *Qüestions d'actualitat en la pràctica mèdica: eutanàsia i suïcidi assistit*, organitzada pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Els ponents van ser el Dr. Jacinto Bátiz, expert en Ètica i Deontologia, secretari de la Comissió Central de Deontologia de l'OMC i director de l'Institut per Cuidar Millor de l'Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Vizcaya), i el Dr. Philippe Courtet, psiquiatre del Servei d'Emergències Mèdiques i Cures Agudes de l'Hospital Laperynoie de Montpellier i professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Montpellier.

Davant la possibilitat que el Parlament espanyol elabori una llei sobre l'eutanàsia, el Dr. Bátiz va manifestar que "la llei de pal·liatius es prioritària a la de l'eutanàsia", perquè la normativa de cures pal·liatives farà innecessària la de l'eutanàsia. "S'han de reforçar les cures pal·liatives de qualitat per humanitzar el procés de mort, evitar l'escurçament deliberat de la vida i alleugerir el sofriment", va afegir.

Jacinto Bátiz es va referir també a la sedació, que va qualificar d'una "bona pràctica mèdica d'acord amb el nostre Codi Deontològic" per als pacients que pateixen un dolor incontrolable. Per aquest motiu, va rebutjar l'objecció de consciència d'alguns metges respecte a la sedació, inclòs l'ús de morfina, amb el propòsit de "garantir una mort serena, no per provocar-la".

Aquest ponent va assenyalar la falta de formació acadèmica dels metges per acceptar la mort dels seus pacients. "La facultat ensenya a preve-



nir i a curar les malalties, però no a afrontar la mort de pacients incurables", segons ells. Per això, va animar els professionals a formar-se per evitar la sensació de fracàs davant la mort.

El Dr. Philippe Courtet va afirmar rotundament que "l'eutanàsia no és una alternativa al suïcidi que intentem preveure en Psiquiatria". En aquest sentit, va exposar els resultats d'informes realitzats a França sobre l'evolució de la pràctica de l'eutanàsia als Països Baixos i Bèlgica. A més, va destacar que en molts casos d'eutanàsia realitzada en aquests països no va participar cap psiquiatre en l'avaluació del pacient.

Courtet va posar en dubte la capacitat dels pacients psiquiàtrics per prendre decisions sobre el fi de les seves vides. "Sabem -va dir- que els trastorns mentals poden alterar la capacitat de decidir". Es va mostrar convençut que el judici d'un metge per valorar la capacitat d'un pacient és subjectiu. Va advocar per l'aplicació de cures pal·liatives psiquiàtriques i va assegurar que el sofriment també és subjectiu. L'expert va afirmar que "no disposem d'estàndards científics per determinar el grau de dolor psiquiàtric". A més, va preguntar: com podem preveure que els pacients psiquiàtrics no milloraran?".

Després de les intervencions dels ponents, la Dra. María Irigoyen, secretària del COMLL, va resumir les conclusions del debat:

- ❑ L'eutanàsia està aquí i no podem ignorar-la
- ❑ El Codi Deontològic és el que regula els metges
- ❑ El tractament del dolor és un imperatiu ètic
- ❑ Els metges han de tenir en compte els valors del pacient
- ❑ La biografia, a més de la biologia, del pacient és necessària per a una avaluació global
- ❑ Les persones que tenen una raó per viure afronten millor el sofriment
- ❑ El suïcidi és un procés no natural de mort per al qual no estem preparats
- ❑ Les cures pal·liatives en Psiquiatria són una alternativa al suïcidi assistit
- ❑ L'esperança té una gran importància terapèutica
- ❑ El desig de morir és inestable
- ❑ Cal adquirir capacitats per afrontar la pròpia mort i la dels pacients

Durant la jornada, van moderar els debats la Dra. Maria Nabal, especialista en Cures Pal·liatives a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i el Dr. Lucas Giner, psiquiatre i professor a la Facultat de Medicina de Sevilla. La sessió va omplir la Sala de Actes del col·legi lleidatà i 103 professionals de diferents col·legis de l'Estat van seguir-la via *streaming*.

Feminització de la professió:

un 51,19% de la col·legiació són dones a Lleida i el percentatge puja al 70% entre les menors de 55 anys

La professió mèdica es feminitza progressivament a Lleida. Les dades estadístiques a 31 de desembre de 2018 demostren que les dones són el 51,19% de la col·legiació. Aquest percentatge és molt superior entre les menors de 55 anys, ja que arriba gairebé al 70%. El Col·legi Oficial de Metges de Lleida compta amb una col·legiació de 1.877 persones, de les quals 961 són dones i 916 homes. Respecte a les franges d'edats menors de 55

anys, hi ha 690 metgesses i 362 metges. En canvi, les dones són una minoria entre la col·legiació de 65 anys o més.

L'increment de la feminització s'ha produït en el tres darrers anys. El 2016 estaven col·legiades 898 dones enfront de 889 homes, i el 2017 van ser 919 dones i 896 homes.

L'estadística recull també el número de col·legiades i col·legiats segons la situació laboral, que són 1.635 en exercici i 242 jubilats.



Fotografia: UdL

La Dra. Anna Casanovas elegida nova degana de la Facultat de Medicina de Lleida

La Dra. Anna Casanovas és la nova degana de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). La junta de centre va elegir-la la passada setmana per 45 vots a favor i 2 en blanc. Casanova és professora d'Anatomia Humana i Embriologia a la facultat lleidatana, membre del grup de recerca de Patologia Neuromuscular Experimental de la UdL i l'IRBLleida i exdirectora del Departament de Medicina Experimental de la UdL.

Les revisions dels plans d'estudi dels graus seran prioritàries en el seu mandat, segons la nova degana. L'equip de la Dra. Casanovas inclou fins ara M. Àngeles de la Torre, vicedegana de Mobilitat; José Manuel Porcel, vicedegà de Relacions Interhospitalàries; Rosa Pérez, expresidenta del COMLL, que coordinarà el grau de Medicina; Judit Herreros, coordinadora del grau de Ciències Mèdiques, i Jordi Tarragona com a cap d'Estudis.

Congelació a Lleida de la quota col·legial per al 2019

A diferència d'altres col·legis, els col·legiats i les col·legiades de Lleida pagaran el 2019 la mateixa quota col·legial que al 2018. El Consell General de Col·legis Mèdics va fixar enguany una quota de 52,00 € per trimestre i col·legiat, xifra que representa un increment de 2 € respecte al 2018. Però, la Junta de Govern del COMLL ha decidit compensar l'augment amb la reducció de 2 € de la part de quota que estableix el COMLL.

Per tant, la quota corresponent al Col·legi de Lleida serà enguany de 8 € per trimestre i col·legiat, en lloc dels 10,00 € que es pagava l'any 2018. D'aquesta manera, la quota col·legial total tindrà el mateix import que l'any passat (50,00 €) per als membres del col·legi lleidatà.

Moviment col·legial a Lleida

ALTES:

Novembre: 3 Carlos Alfredo Fraile Olivero, Litzí Daniela Quiroga Rodríguez, Mario Ernesto Montesi-nos Encalada

Desembre: 3 Pompilio de Jesús Gutiérrez Carrasquilla, Josep M. Montserrat Majó, Maria Elena Hijós Bitrián

Gener: 9 Josep M. Negre Farré, Daniel Guerrero Valdivia, María Rocío Martín López, Fayna Elayne Pérez Domínguez, Albert Posino Barranco, Karen Patricia Guevara Romero, Claudia Melina Rodríguez Rizo, Giovanni Patricio Heredia López i Jèssica González Gutiérrez

BAIXES

Novembre: 1

Desembre: 8

Gener: 3

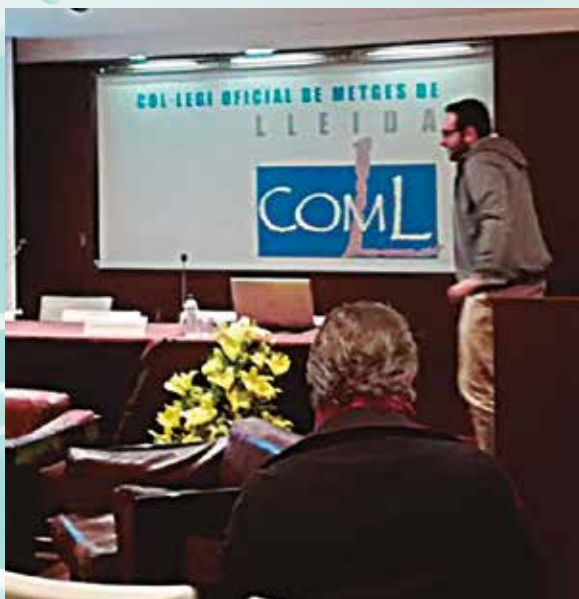
Entre les baixes del mes de desembre figuren les defuncions dels Drs. Pedro Allende Martínez i José Ignacio Polo Reñé
Total col·legiats a 31-01-2019: **1.883**

Canvis de situació

Passen a col·legiats i col·legiades honorífics els Drs. i les Dres: Samir Mohamed Sarwat Najjari, Inocència Bobadilla Machin, Juan Miquel Camacho Altisent, Enrique Huelin Domeco de Jarauta, Antoni Artigues Artigas, Francisco Andrés Herruzo Gallego i César Cornejo Echegaray.

CURSOS DE FORMACIÓ DEL COMLL

Finalitzada l'actualització en Dermatologia i en marxa les de Pediatria i d'iniciació a la recerca



El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va organitzar el darrer trimestre tres cursos formatius adreçats a la col·legiació. El Dr. Josep Manel Fernández Armenteros, metge del Servei de Dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), va impartir el curs *Actualització en Dermatologia* durant el mes de gener. El ponent va donar un caràcter eminentment pràctic a les sessions i va exposar casos de pacients amb diferents tipus de lesions. Divuit metges i metgesses van seguir el curs de manera presencial o per *streaming*. El Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries va acreditar l'activitat amb 0,8 crèdits.

PEDIATRIA

També al gener va començar el curs *Actualització en Pediatria*, a càrrec de diversos professionals experts. Un total de 45 professionals s'hi van inscriure, dels quals més del 20% hi va participar via *streaming*. Alfons Igualada, psicòleg i director del Grau de Logopèdia de la Universitat Oberta de Catalunya, va iniciar l'activitat.

La resta de sessions van anar a càrrec de Maria García, llicenciada en Documentació i gestora de la biblioteca de la Xarxa de Salut Mental de Bizkaia; Jordi Bosch Muñoz, especialista en Endocrinologia Pediàtrica al Servei de Pediatria de l'HUAV; la Dra. Mireia Biosca, pediatra a l'ABS de les Borges Blanques; el Dr. Ramon Capdevila, igualment pediatre a l'ABS de les Borges Blanques; el Dr. Andrés Morgenstern, especialista en Cures Pal·liatives de l'Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron; el Dr. Xavier Brigué, pediatra del Servei de Pediatria de l'HUAV; la Dra. Neus Pociello, especialista del Servei de Gastroenterologia Pediàtrica de l'HUAV; el Dr. Ramon Perera, especialista en Estomatologia a l'Institut Ramon Perera, i el Dr. César W. Ruiz Campillo, cap de secció del Servei de Neonatologia de l'Hospital Universitari de la Vall Hebron.



INICIACIÓ A LA RECERCA

Les sessions del curs *Iniciació a la Recerca* se celebren durant el mes de març amb la Dra. Silvia Bielsa, metgessa adjunta al Servei de Medicina Interna de l'HUAV i professora associada de la Facultat de Medicina de Lleida, i el Dr. José Manuel Porcel, cap del Servei de Medicina Interna de l'HUAV, investigador principal del Grup de Biomarcadors en Càncer de l'IRBLleida, professor titular de la Facultat de Medicina de Lleida i editor de l'*European Respiratory Journal*. El curs s'estructura en tres sessions, que aborden temes com la lectura crítica d'articles, la preparació de bases de dades estadístiques, com parlar en públic i consells per editar una revista científica i iniciar una carrera investigadora, entre d'altres.

IV Jornada de Nefrologia

i Atenció Primària de Lleida Sobre l'abordatge del pacient amb nefropatia

✍️ DRA. CARMEN CALVO GODOY

La IV Jornada d'actualització i aproximació entre l'Atenció Primària i l'Atenció Hospitalària de Lleida va tractar el 13 de desembre l'abordatge del pacient amb nefropatia. La conferència inaugural va tractar el tema del maneig de l'osteoporosi en el malalt renal i va anar a càrrec del Dr. Vincens Torregrossa, de l'Hospital Clínic de Barcelona.

A continuació, es van realitzar tres taules rodones multidisciplinàries, amb un posterior i enriquidor debat entre els assistents. Les taules van versar sobre temes d'actualitat com *La implicació dels iSLGT2 en l'abordatge del risc cardiovascular en prevenció primària i secundària*, *La prevenció no farmacològica de l'aparició i progressió de la malaltia renal crònica*, *Consideracions culturals en l'atenció als pacients renals* -una taula que va comptar amb un testimoni molt especial- i *Latrogènia en el deteriorament de la funció renal*.

També hi va haver la presentació de tres comunicacions orals. D'entre tots els pósters participants, es va atorgar el primer premi al treball que porta per títol *Risc aterogènic, un tema pendent a la Malaltia Renal Crònica*, de Laura Furstenheim, del CAP de Balaguer. Amb aquesta quarta edició, ja s'ha consolidat una trobada referent, que afavoreix la sensibilització i formació dels professionals sanitaris en aquest tema. Donem l'enhorabona a tots els participants i els encoratgem a seguir compaginant recerca i tasca assistencial.

El Dr. Antonio Montero, membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya



La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya va celebrar una sessió extraordinària el passat 27 de novembre per rebre el Dr. Antonio Montero Matamala com a nou acadèmic corresponent. El Dr. Antonio Montero és el cap del Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, professor titular i director del Departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i exerceix, així mateix, com a director clínic d'Anestèsia, Reanimació i Clínica del Dolor en l'àmbit territorial de Lleida.

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya va ser creada el 4 de maig de l'any 1770 amb el nom d'Acadèmia Mèdic Pràctica de Barcelona, passant en el 1785 a denominar-se Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Barcelona. L'any 1991 es va canviar el nom a Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb la incorporació per primera vegada de membres de Lleida, Tarragona i Girona. En la història de la Reial Acadèmia,

es compta amb acadèmics d'honor de gran prestigi, algun d'ells premis Nobel de Medicina com Santiago Ramon i Cajal, Karl Neuberg, Gerard Domagk i Alexander Fleming. Compta en l'actualitat amb 15 acadèmics d'honor, 60 acadèmics numeraris i més de 100 acadèmics corresponents per elecció.

En el seu discurs, el Dr. Montero es va centrar en l'impacte del dolor crònic des del punt de vista socioeconòmic a Catalunya i la seva repercussió tant laboral com en la qualitat de vida dels pacients. Va explicar quina és la prevalença del dolor crònic al nostre país, els tipus de dolor més freqüents i el seu impacte econòmic. També va destacar la importància d'un tractament coordinat, multidisciplinari i, si pot ser preventiu, així com la necessitat d'una formació en dolor a nivell de pregrau i postgrau i a nivell social per aconseguir un millor resultat en el tractament dels pacients afectats de dolor i reincorporar-los a una vida laboral, social i familiar digna.

Homenatge al Dr. Manel Camps Clemente



 DR. MANEL CAMPS SURROCA

A iniciativa de l'ajuntament de la vila es va celebrar el 19 de gener al Casino d'Alcarràs, antic sindicat esquerrà Foment Agrícola Republicà, un acte d'homenatge públic al doctor Manuel Camps i Clemente (Maials, 1920-Vilanova de la Barca, 2013), metge del poble des de l'1 d'agost de 1951 fins a la jubilació l'any 1990 i mai més se'n va desvincular.

L'actual ajuntament, presidit per Miquel Serra Gòdia, va voler que la seva figura acompanyés el bust de l'antic metge d'Alcarràs Mario Huguet Jové (Alcarràs, 1897-Alcarràs, 1978), instal·lat des de fa uns anys al Centre d'Atenció Primària de la vila. Em van demanar la meua participació en l'acte i ho vaig acceptar agraït, triant com a tema la lectura sobre *Alguns aspectes de la personalitat del meu pare*.

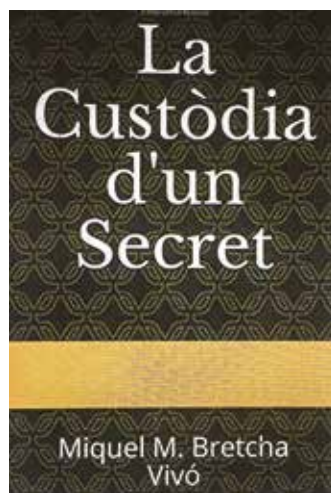
Els dos metges representen per a Alcarràs el final d'un llarg camí de la Medicina, que ja és història, iniciat almenys ja des de l'Edat Mitjana, on sobretot en el món rural, l'assistència no tenia cap intermediari entre el metge i el malalt. Els municipis contractaven els metges per un salari anual que s'anomenava conducta municipal, i els malalts gaudien, a més, de la llibertat de poder pagar el metge mitjançant l'anomenada conducta individual o familiar, la qual, segons l'antic costum, a Alcarràs es feia efectiva pels vols de la Mare de Déu d'agost. Recordo que els caps de família venien a casa mudats a pagar el pare, i el pare estava molt content i agraït, perquè era norma clàssica que el metge havia de viure del seu treball.

Els metges de la seva època, com que gaudien de pocs mitjans tècnics, s'havien d'esforçar més, i l'únic instrument que tenien a l'abast per fer el diagnòstic, el pronòstic i el tractament, era el mateix malalt i l'observació atenta del cos i ànima d'aquest, cosa que forjava entre els dos una veritable amistat i estima. Per això, els pobles moltes vegades ploraven la mort dels seus metges i aquests sentien profundament la mort dels seus malalts. El secret professional, pilar fonamental d'aquella medicina, era molt respectat pel metge i, quan el malalt moria, tot allò que aquest li havia confessat dels seus sofriments arribava al cor del metge i li produïa dolor. Per això, la Medicina és la més humana de totes les activitats humanes.

Un cop acabada la vida del meu pare, solament en pot quedar el record, el qual pot adquirir diverses formes. Una d'elles, la imatge física, és potser la més adient per fer evocar als qui el van tractar com a metge, les converses que van tenir amb ell i els problemes que li van confessar; i per a aquells que no el van conèixer i també per a les generacions futures, la imatge serà un element més que servirà per als estudiosos de la història d'Alcarràs i de la història de la Medicina.

Aquesta imatge es obra de Pepe Ramon Rosanes Siscart (Alcarràs, 1944). L'aquarel·la de la faç del pare ha quedat magnífica, impressionant, fins a tal punt que he arribat a pensar que darrera de l'artista, mentre l'anava dibuixant, hi havia dos esperits llunyans que l'anaven guiant i corregint, un del segle XVII i l'altre del segle XIX, que eren respectivament Velázquez i Sorolla. Però, després, més ben pensat, he arribat a creure que en realitat era l'esperit del meu pare qui realment li anava dient al dibuixant que el retrat volia que quedés com ha quedat, que és com ell mateix es veia a la realitat. Aconseguit el que el pare volia, felicito sincerament des d'aquesta columna a l'amic i artista de l'obra, Pepe Ramon Rosanes.

“La custòdia d'un secret”, llibre del Dr. Miquel M. Bretcha



El Dr. Miquel M. Bretcha Vivó ha publicat el llibre *La custòdia d'un secret*. La novel·la arranca amb Moisès i el lliurament que li féu el seu Déu, un objecte que viatja des de Jerusalem a Sud de França, on els càtars n'esdevenen els seus garants. Els tombs històrics faran que aquest objecte, transformat en reliquia divina, arribi a mans dels maçons, els quals a les portes de la guerra civil espanyola decideixen amagar-lo.

D'altra banda en Lluís Parchet, presoner en un camp de concentració dels nacionals, es converteix en el centre de la història. Les circumstàncies portaran el Lluís a veure's sotmès a l'extorsió d'en Schultz, que el durà al Pallars Sobirà on

viurà en primera persona el pas de persones d'un costat a l'altre de la frontera. També aquí descobrirà com l'estraperlo i les persones són objectius de la cobdícia humana per prendre-li la reliquia.

En el relat sorgeixen càtars abnegats, comtes enfrontats, maçons infiltrats, policies de ment oberta, nacionalsocialistes alemanys, contrabandistes, amics de la infantesa, familiars roïns, caça nazis maldestres, espies alemanys i francesos, republicans a capa i espasa, militars d'obediència cega, capellans amagats i altres d'armats de fe, homes i dones d'empenta i amb maneres de fer inconcebibles contemplades des del segle XXI.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha acordat i tractat en les seves darreres sessions i fins el 23-01-2019, entre d'altres, els assumptes següents:

- ❑ Informació sobre l'assistència d'una representació del Col·legi al Congrés Nacional de Dret Sanitari, que es va celebrar a Madrid el passat mes d'octubre.
- ❑ Signatura amb Editorial MIC d'un contracte per a la maquetació i la impressió de la revista col·legial *Butlletí Mèdic*.
- ❑ Després de valorar diferents projectes, nomenar com a responsable de Comunicació del Col·legi a la Sra. Magda Ballester.
- ❑ Continuació del programa de millores de la tecnologia informàtica i de comunicació col·legial tant a nivell d'aparell com de programes. S'ha posat en funcionament l'assessoria informàtica i també els cursos d'informàtica al Col·legi.
- ❑ Suport col·legial a la convocatòria de vaga dels metges d'Atenció Primària els dies 26 a 30 de novembre.
- ❑ Nomenament del Dr. Íñigo Lorente, vocal de la Junta de Govern, com a representant col·legial a la Comissió de Seguiment de l'Assegurança de Responsabilitat Civil Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. La Junta també va nomenar el Dr. Íñigo Lorente representant provincial de Metges Tutors i Docents, i la Dra. Margarita Puigdevall Ruestes, vicepresidenta del COMLL, representant del Col·legi a la Comissió de Metges d'Hospitals
- ❑ Col·laboració amb la Fundació Banc dels Aliments de les comarques de Lleida amb la col·locació de caixes de recollida d'aliments a la seu col·legial.
- ❑ Acord de constitució d'una comissió de treball per a l'estudi i revisió del nou *Codi de Deontologia Mèdica de l'OMC*. La comissió es va reunir quatre cops i va trameure les aportacions de Lleida al nou projecte.
- ❑ Col·laboració econòmica en les següents activitats: II Jornada del Comitè d'Ètica Assistencial de Tremp, Congrés Internacional per a Estudiants en Neurologia i Neurociències, Jornada sobre la gestió de l'estrès
- ❑ Així mateix, s'han fet donatius a Creu Roja (campanya de joguines) i a la Marató de TV3.
- ❑ Convocatòria d'una assemblea extraordinària de col·legiats el passat 11 de desembre per modificar la denominació de la Secció Col·legial núm. 8, que consta als estatuts col·legials, per la de Secció Col·legial de Metges de Tractaments Complementaris. Està en projecte un nou reglament per a aquesta secció.
- ❑ Sol·licitu de celebrar a Lleida del proper Congrés de responsables de Comunicació de l'OMC.
- ❑ Instal·lació d'una alarma a les dependències col·legials.
- ❑ Suport al comunicat de la Junta de la Secció Col·legial de Metges Residents sobre la manca de personal adjunt en els serveis d'Urgències per a la supervisió dels metges residents.
- ❑ Celebració el passat 18 de desembre de l'acte de lliurament del Concurs de Nadales del COM 2018. es va proclamar guanyador el treball presentat per Aniol García Soler, va guanyar, Daniel Sacristán Ortega es va classificar en segon lloc i Edgar Melé Sala, en tercer. (*Vegeu reportatge en aquest butlletí*)
- ❑ Proposta de nomenar el Dr. Eduard Solé Mir avaluador de formació continuada, en l'especialitat de Pediatria, en el Consell Tècnic de Medicina del.
- ❑ Celebració d'eleccions a la Junta de la Secció Col·legial de Metges Jubilats, que donar el resultat següent:

President: Dr. Albert Lorda Rosinach
Secretari: Dr. Alejandro Andreu Lope
Tresorera: Dra. Nieves Rosa del Agua López
Vocals: Drs. José Carlos Jiménez Blasco i Joan Flores González.
- ❑ Celebració d'eleccions a la Junta de la Secció Col·legial de Metges de Teràpies Complementàries amb l'elecció de:

Presidenta: Dra. Esther Álvaro Tejedor
Secretària: Josefa Macià Fornós
Tresorer: Dr. José Antonio Morales del Río
Vocals: Drs. Evaristo Galdeano Borra, Marta Serra Jané i Jordi Caselles Sureda.
- ❑ Aprovació per part del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya del sistema de descentralització de l'assistència medico-ambulatoria en casos no greus de pacients acollits al PAIMM de Lleida.
- ❑ Congelació de la quota col·legial en 60€/trimestre/col·legiat mitjançant la disminució de la quota del COMLL per absorbir l'increment de la quota aprovada pel Consell General.
- ❑ Concessió de l'exempció de quota col·legial a una col·legiada mentre estigui en situació d'atur.
- ❑ Vist i plau del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya a la creació d'una Comissió de Deontologia del propi Consell
- ❑ Atorgament del XVII del Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari a la Fundació Ferreruela Sanfeliu pel seu projecte Dret a la visió per Lleida de cooperació per a tractaments oftalmològics a persones en risc d'exclusió social a la ciutat de Lleida
- ❑ Nova reunió de la comissió per a l'estudi del canvi de seu col·legial per informar de les darreres actuacions i per començar a elaborar-ne el pla funcional. ■

P OBERT 24 HORES



Descompte del 30% durant tres mesos presentant l'anunci

220 places, en lloguer i rotatives



el teu **PARKING** nocturn, vigilat

LLOGUER ABONATS, FLEXIBILITAT

Ens adaptem a les necessitats específiques de les persones que viuen a la zona o bé que hi treballen



Complet. 24 hores, tots el dies del mes. També disponible per a motos
Nocturn. De dilluns a divendres en horari nocturn
Diürn. De dilluns a divendres, en diferents franges horàries diürnes
Motos. Tarifes especials per a motos
Abonaments empreses. Facilitau l'aparcament als vostres clients i empleats

PARKING LA MURALLA
Tel. 973 27 53 85
c/ Passatge Empordà, 5
C/ Ronda Sant Martí, 9

informeu-vos
de les nostres tarifes a la cabina
d'informació de l'aparcament
Passatge Empordà, 5 - 25005 Lleida
parkinglamuralla@gmail.com

ACCESO a tu informació:

- De dia
- De noche
- Festivos

AGENDA
CITAS
HISTORIAS CLÍNICAS
FACTURACIÓN

24 hores, 365 dies
SIN PARADAS

gestión de medicina privada
Gesmed
Sin nada que comprar. Sin nada que financiar.

La Gestión en CLOUD
de tu Centro Médico

TU GESTIÓN
SIEMPRE OPERATIVA

Grupo
Informática Médica

Gesmed

INFORMESE en 93 414 00 66 o en <http://www.gesmededition.com>

novadmin

Professionalitat

Comencem per la teva comunitat

www.novadmin.cat

Administrador de Finques de Barcelona-Lleida Col·legiat 5400 | Administrador de Finques Colegiada 31854

Hostal de la Bordeta 21- Entresal 25001 Lleida - Tel. 973 670 710

Pacte social per a un sistema públic de salut de qualitat

Els canvis socials i els avenços mèdics i tecnològics situen la societat davant d'un nou escenari, d'un repte. En els darrers anys i coincidint amb la crisi econòmica, hi ha veus que reclamen l'adopció de mesures per garantir la sostenibilitat d'un sistema de salut limitat. Altres defensen que la universalitat, la gratuïtat, l'accessibilitat i la qualitat han de ser els valors prioritaris de la Medicina del segle XXI. BUTLLETÍ MÈDIC obre el debat sobre si és necessari un pacte social per mantenir el sistema públic de salut.



JOSEP MARIA FORNÉ I FEBRER
Professor de Filosofia

PERMANÈNCIA EN EL CANVI. VALORS DE LA PROFESSIONI MÈDICA

Què defineix més la realitat, la permanència o el canvi? Aquesta és una de les grans preguntes metafísiques. Sembla que podríem dir que és el canvi. Però potser hi ha quelcom permanent. En l'actualitat tot sembla estar en constant renovació i innovació. Uns dels valors subjacents en qualsevol àmbit professional és el de la renovació i la innovació. També en l'àmbit mèdic. Tot i que hom no volgués, la realitat imposa haver-se de renovar i innovar. Els fets que ens condueixen a haver de renovar-nos i innovar-nos apareixen com a reptes davant del que està instal·lat, però també com a oportunitats. Reptes perquè ens obliguen a revisar la comoditat del que estem acostumats, i oportunitats perquè ens permeten fer-ho millor i per a més persones de les que abastem si no canviem la nostra manera de fer.

Anem a veure alguns canvis de la sèrie de fets que obliguen i obligaran a l'activitat mèdica a renovar-se i a innovar. No és tracta d'un llistat exhaustiu, en el sentit que segurament en podríem assenyalar algun més, però sí que el suficientment ampli per veure com l'actualitat està instal·lada en el permanent canvi.

1. Canvis en la composició demogràfica. Les condicions de vida i les condicions mèdiques permeten allargar l'esperança de vida produint el que a voltes es coneix per envelliment, i fins i tot sobreenvelliment, de la població.

Si a això li afegim que en el món occidental la natalitat baixa, i està baixant més, la piràmide demogràfica està totalment invertida. En canvi a altres parts del món la natalitat ha pujat, i continuarà pujant en contextos d'escassos recursos econòmics, la qual cosa provoca, i provocarà, moviment migratori. Aquests moviments migratoris comporten la confluència d'una gran diversitat cultural en les societats occidentals. La cura en l'àmbit de la salut ha d'incloure l'atenció des d'aquesta diversitat cultural. No només hi haurà diversitat de valors culturals per part dels qui reben les cures, sinó també per part dels metges i del personal sanitari que les ha d'aplicar. D'altra banda, juntament amb l'envelliment va lligada la cronicitat de malalties que fins fa ben poc eren letals, i ara es tracten com a cròniques. Això també requereix de cures que obliguen a tenir en compta la qualitat de vida de les persones i la recerca de mitjans que la garanteixin.

2. Canvis i avenços en l'àmbit tecnològic. El progrés tecnològic és exponencial. Aquest progrés aplicat en la pràctica mèdica ens aporta nous mecanismes d'avaluació i intervenció. Aquests nous mecanismes demanen formació i preparació per part del professional sanitari, però també una inversió de recursos econòmics que obra el repte d'una Medicina al servei de tothom i no només dels que gaudeixen d'aquests recursos econòmics. És a dir, l'avenç tecnològic en el món de la salut ens obliga a tenir en compte exigències d'eficiència i equitat.

3. Canvis en la gestió econòmica. Molt vinculat a l'anterior punt dels avenços tecnològics, hi ha la necessitat d'inversió econòmica per poder-los fer efectius. La tecnologia pot ser cara. La medicina es pot encarir molt. Pot haver d'usar molts recursos econòmics. Això no hauria de ser un obstacle si tenim en compte que el prioritari és l'atenció a les persones. Però tampoc no podem obviar que un sistema ha de ser sostenible, i per tant si els recursos són limitats (i els econòmics ho són) enfront d'una necessitat d'inversió (que pot semblar il·limitada en la recerca i gestió tecnològica), cal veure aquest canvi de progrés tecnològic com a un repte i una oportunitat pel que es refereix a l'administració econòmica.

4. Canvis fruit de la digitalització. La societat occidental actual ha canviat molt en relació al seus valors. La digitalització de les nostres vides, és més, la colonització de la digitalització, ha provocat i provoca canvis en les nostres formes de vida molt significatius. Per exemple, les xarxes ens permeten tenir informació d'una forma immediata, encara que no sempre contrastada. Això condiciona les nostres preses de decisió. Així, sovint, els mitjans i les xarxes han de competir oferint el que és cridaner i de darrera fornada amb el que és important quan el que és important no té perquè ser-ho. Fins i tot, freqüentment, és al contrari. Les investigacions en Medicina també pateixen d'aquest mal. Cal reconèixer les pressions d'un cert caràcter populista a través de la xarxa o les pressions de *lobbies* econòmics que orienten la investigació mèdica condicionant-la.

5. Canvis en la judicialització de l'activitat professional. La idea d'assegurar-ho tot i de pensar que podem controlar absolutament les nostres vides, ens porta a judicialitzar qualsevol activitat professional. Si les coses no surten com prevèiem, algú hi ha de respondre. També en l'activitat mèdica. Això ens pot conduir a una Medicina defensiva que vol evitar riscos de demandes judicials.

6. Canvis epistemològics. El saber, fruit de la primera revolució científica (XVII) i encara més des de la segona revolució científica (XX), s'ha especialitzat i ha perdut la unitat que el caracteritzava. L'especialització ens permet aprofundir en l'abast del coneixement -el creixement del coneixement també és exponencial- però la pèrdua d'unitat del saber comporta l'oblit del sentit del coneixement. Això té, així mateix, una visualització molt gran en l'activitat mèdica. D'altra banda, l'especialització del coneixement porta a una professionalització de l'activitat, molt significativa en l'àmbit mèdic. La diferència entre art i tècnica, o entre saber pràctic i tècnic en aquest punt, és rellevant. El saber pràctic ens permet el domini d'uns mitjans per assolir uns fins idèntics entre si. Per exemple, per aconseguir el bé com a fi, només podem assolir-lo a través del bé com a mitjà. L'ètica és un saber pràctic, una mena d'art. La tècnica, per contra és el domini de mitjans per assolir fins diversos. El domini del bisturí, per exemple, no té perquè ser necessàriament usat per assolir el bé. Hi ha un domini tècnic en ell. Quan el saber s'especialitza i perd el referent de la unitat, també perd el sentit de la seva finalitat. La professionalització de qualsevol activitat requereix un gran domini tècnic, tot i que no se li demana que reconegui el sentit

de la seva activitat. Un bon publicista ha de fer comprar, sigui quina sigui la finalitat de la transacció econòmica. En resum, una societat que prima l'especialització del saber fa una demanda instrumental del coneixement en forma de sabers especialitzats que aparentment només comporten bons professionals.

7. En darrer lloc, en aquest llistat de canvis ràpids i cada cop més intensos, però que repeteixo no exhaureixen tots els que es podrien enumerar, hi canvis culturals. Aquí, entenem per cultura el sentit ample en què se l'usa, i per tant no en el sentit restrictiu que podríem dir d'alta cultura. Les formes de viure han canviat i canvien ràpidament. Un d'aquests canvis culturals importants és el que resulta de la democratització de les relacions socials i l'apoderament de la ciutadania fruit d'aplicar el principi utilitarista que el bé i el mal el determina cadascú. Si cadascú diu el que està bé i malament, mentre no generi un mal a un tercer, lògicament això també afecta a la pràctica mèdica. El metge i el personal sanitari no posseeixen la veritat sobre el bé i el mal, sinó que el pacient decideix, també, sobre allò que vol que se li apliqui.

Davant de tots aquests canvis, i altres que podríem afegir, però que destaquem com els més significatius pel tema que tractem, n'hi ha prou amb el compromís ètic del jurament hipocràtic del principi de voler el bé i evitar el mal del pacient? En primer lloc, cal revisar això de pacient. El pacient, etimològicament, vol dir aquell al qual se li efectua, des de la seva passivitat, alguna pràctica. Doncs bé, el pacient deixa de ser-ho fruit de tots els canvis que hem assenyalat i el metge no en té prou amb el seu jurament de no voler-li el mal, sinó el bé. És ben bé així? En part. Com en la pràctica d'antuvi, la Medicina posa en el centre de la seva atenció a la persona, no la malaltia. Cal renovar el contracte entre el professional mèdic i la persona atesa, o si es vol en un sentit més ampli, entre la professió mèdica i la societat. Però renovar vol dir agafar l'anterior i actualitzar-ho, no abandonar-ho per quelcom totalment diferent. Què és el que cal mantenir en *l'aggiornamento*, és a dir, en el posar-se al dia? El lligam de la pràctica mèdica amb l'humanisme. No es pot oblidar que el saber mèdic, des de la diversitat cultural, des de la seva especialització, des de la seva tecnificació, des de la seva digitalització, i tants d'altres des des com el present ens du, la Medicina continua essent un saber i una pràctica al servei de les persones. Per això com molt bé diu A.J. Jovell (*Contrato social y valores en la profesión médica*, Adm Sanit 2005; 3(3): 495-503) "la medicina no es pot basar només en l'evidència mèdica sinó que li cal contemplar valors ètics", i hi afegim nosaltres, que la lliguen amb quelcom permanent malgrat els canvis inevitables que cal veure com a oportunitats per atendre la cura de les persones. Aquests valors ètics han de formar part de la formació de la professió mèdica tant com del coneixement científic. És l'única manera que la Medicina no obli el seu sentit, la societat recuperi el sentit humanista que l'ha de caracteritzar i que els benvinguts canvis ens ofereixin oportunitats que no es quedin en reptes a una tradició que sempre li costa renovar i innovar.

Pacte Social

per a un sistema públic de salut de qualitat

 JUNTA DE GOVERN DEL COMLL

ESTABLIR PRIORITATS CLARES I TRANSPARENTS EN ELS PRESSUPOSTOS

La crisi econòmica dels darrers anys i les retallades pressupostàries que ha patit el Departament de Salut s'han traduït en un seguit de carències i de perjudicis en els àmbits assistencial, professional i laboral del nostre sistema de salut. Les xifres són esgarrifoses: pèrdua aproximadament de 1.500 places de metges i altres 1.500 d'infermeria i de 3.000 milions d'euros, més del 27%, en inversions i manteniment dels centres sanitaris.

A aquestes xifres alarmants s'afegeix també en els últims anys la longevitat creixent de la població, que significa un increment notable dels malalts crònics, i la incorporació al sistema de salut de pacients multiculturals. Només la professionalitat i la dedicació del personal sanitari n'ha evitat la fallida. Parlem d'un sistema que, abans de la crisi econòmica, era excel·lent i s'havia convertit en referent per a d'altres serveis de salut estatals i internacionals.

El llistat de mancances actuals és llarg i greu. L'Atenció Primària, porta d'accés al sistema sanitari, ha guanyat habilitats i ha augmentat la seva capacitat resolutòria (ecografies, infiltracions, control d'anticoagulants, cirurgia menor i maneig del pacient complex, entre d'altres). En canvi, i fora de tota lògica, el percentatge del pressupost que se li dedica ha anat disminuint fins al 18%, mentre que els fòrums professionals aconsellen que se li dediqui com a mínim el 25% de la despesa sanitària.

La pèrdua de places de professionals ha provocat l'increment de la ràtio pacient/metge, l'augment de la llista d'espera per a la realització de proves, intervencions quirúrgiques i visites als especialistes; la reducció de les hores d'apertura en alguns CAP, i el tancament de llits hospitalaris durant les vacances, entre d'altres. En l'àmbit laboral, metges i metgesses, sovint amb contractes precaris, han de treballar ara dues hores i mitja més a la setmana sense cap complement retributiu i han de doblar consultes, ja que no hi ha substitucions per jubilació, embaràs, invalidesa i vacances. Tot això mentre encara esperen cobrar les pagues extraordinàries del 2013 i el 2014.

La fugida de professionals

La sanitat és el factor de cohesió social més important que hi ha juntament amb l'educació. La societat civil ha de defensar aquesta relació, perquè, més enllà de vetllar per la salut de la població, estableix vincles entre persones i fomenta la convivència. Malauradament, la societat serà la víctima principal a curt i mig termini de la fugida del talent de professionals que, legítimament, busquen destinacions millors per exercir fora del seu lloc de formació.

Cada cop que un professional fa les maletes, la societat perd els diners invertits per formar-lo, per exemple, a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i en hospitals universitaris lleidatans. Aquests fet afecta sobretot l'Atenció Primària, Pediatria, Radiodiagnòstic i Anestèsia,

on el dèficit de titulars es cronifica. Sabem que les condicions laborals i retributives són millors a l'Aragó, que Barcelona ofereix altres atributs atractius ... i, mentrestant, al Pirineu lleidatà es penalitza els professionals amb torns de treball de matí i tarda i, moltes vegades, amb guàrdies a partir de les 21 hores.

Pacte sobre la salut

La sortida de la crisi econòmica no ha canviat gairebé res del què hem exposat fins anteriorment. La sostenibilitat del sistema ni està garantida ni el Govern de la Generalitat ha establert mesures en aquesta direcció. Per tant, considerem oportú i necessari treballar per aconseguir un pacte social sobre la salut amb la implicació de totes les parts: societat civil, professionals mèdics i Govern.

Els recursos públics són limitats i ha de prevaldre el benefici comú per damunt de l'individual. En aquest sentit, convé elaborar una normativa perquè el sistema de salut torni a l'excel·lència anterior, fixar com a objectiu la seva sostenibilitat i mantenir la universalitat, gratuïtat i accessibilitat dels serveis sanitaris. Necessitem unes normes consensuades que siguin vigents ara i per a les futures generacions.

Per aquest motiu, la societat civil ha d'expressar i prioritzar els seus valors, tot basant-se en la solidaritat entre els seus membres, i ha de fer un ús racional i responsable dels recursos sanitaris. Els professionals hem de proposar noves vies, que parteixin de la professionalització i compleixin el Codi de Deontologia Mèdica. Hem de participar en la gestió dels centres sanitaris, definir els estàndards de qualitat i la transparència en la presa de decisions i acreditar periòdicament la competència professional. El tercer agent, l'Administració pública, ha de dotar amb una partida econòmica suficient i justa les plantilles, les remuneracions, les inversions i la investigació, entre d'altres aspectes.

Una societat que paga els metges i les metgesses amb retribucions inferiors a treballadors de determinats oficis, que no requereixen estudis superiors, ni valora la salut ni la cohesió social. Aquest sistema de salut públic universal, gratuït, equitatiu i de qualitat requereix voluntats fermes de la ciutadania, dels professionals i dels seus representants institucionals. A més, les voluntats s'han de materialitzar a partir de prioritats clares i transparents en l'instrument adequat: els pressupostos. La resta és fer volar coloms.

 DR. ÀNGEL RODRÍGUEZ POZO
Ex-decano de la Facultat de Medicina
Universitat de Lleida

CONTRATO SOCIAL MÉDICO

A lo largo de la historia, en todas las civilizaciones –desde el Neolítico, pasando por Mesopotamia, el antiguo Egipto, la China y la India; por la Medicina de la Grecia clásica y romana, la Medicina persa y europea de la Edad Media hasta la Medicina científica moderna– se tiene conocimiento de que siempre ha habido personas (sanadores) que se han dedicado profesionalmente a combatir las enfermedades y a tratar a los enfermos (pacientes).

La relación entre sanadores y pacientes siempre ha sido una relación personal basada en la confianza mutua. El conocimiento y las prácticas de los sanadores –la Medicina– ha cambiado con las diferentes civilizaciones, pero la relación entre el sanador o médico y el paciente ha sido una relación estrictamente personal basada en esta relación de confianza mutua, que se ha regido por una especie de contrato no escrito (contrato social implícito). Este contrato social, que se sustenta en el clásico juramento hipocrático, es un contrato de carácter implícito, que “determina el ejercicio autónomo de la Medicina como actividad altruista, como servicio social en torno a los principios de beneficencia y no maleficencia”, mientras que “la sociedad otorga a la profesión médica un estatus y un reconocimiento especial que la distingue de otras profesiones, lo que debe incluir un salario más elevado y el poder de autorregularse”.

La práctica de la Medicina ha evolucionado a lo largo de la historia en función de los conocimientos de cada época. El cambio más profundo ha ocurrido con el advenimiento del conocimiento científico aplicado a la Medicina. Con la irrupción del conocimiento científico, las posibilidades sobre el conocimiento del origen y mecanismos de las enfermedades y su posible curación o mejoría han aumentado de manera profunda. Especialmente desde la segunda mitad del siglo XX, el enorme avance de la Fisiopatología humana y de la tecnología aplicada a la medicina han aportado un progreso nunca visto anteriormente en cuanto al manejo de enfermedades tenidas clásicamente como incurables.

Este hecho ha posibilitado el acceso a la sanidad de grandes capas de la población –en algunos países el 100%–, lo cual ha obligado a construir grandes centros de diagnóstico y tratamiento –centros hospitalarios– y ha llevado, en gran parte, a la socialización de la Medicina. Esto ha supuesto un cambio social en la sanidad y un cambio en los roles de los médicos, influenciados por los nuevos entornos y escenarios de los sistemas sanitarios. Este cambio ha sido estudiado por algunos autores argumentando una serie de factores que lo han condicionado, como son las llamadas transiciones sanitarias (demográfica, epidemiológica, económica, tecnológica, laboral, judicial, educativa, mediática, política y ética).

La relación médico-paciente se ha mantenido hasta la etapa de socialización de la Medicina, que sí que ha cambiado el paradigma clásico, ya que la actividad médica ha dejado de ser un hecho individual para convertirse en un hecho plural y colectivo. El médico ya no trabaja solo, aislado en su consulta sino que forma parte de un equipo, junto con otros médicos o incluso con otros profesionales de la salud. En consecuencia, la confianza médico-enfermo ya no descansa en una relación bipersonal única, sino en una relación paciente-colectivo de profesionales.

Algunos autores creen que el modelo hipocrático o tradicional de contrato social resulta insuficiente para responder a los retos sociales presentes y futuros de la profesión médica. Proponen la adopción de un nuevo código de valores que, fundamentado en el profesionalismo, suponga la acreditación de la competencia profesional, la capacidad

de autorregulación, la definición explícita de los estándares de calidad de la atención sanitaria, la vocación de servicio altruista y la transparencia en la toma de decisiones profesionales y en la medida de los resultados obtenidos”.

Apuntan que el nuevo modelo de contrato social debería establecer criterios que permitieran solucionar los conflictos que surgen de la tensión existente entre dar primacía a lo colectivo frente a lo individual. Dos conceptos a considerar en la renegociación de un nuevo modelo de contrato social fundamentado en el profesionalismo serían deliberación y racionalidad. El primer aspecto se refiere a la capacidad de deliberar con otros profesionales, con los pacientes y con los diferentes agentes sociales en aquellas situaciones en las que no existe consenso entre las partes sobre cuál es la decisión más apropiada, o bien existe un conflicto latente de valores. El segundo aspecto se refiere a la necesidad de razonar las decisiones y las acciones que se han adoptado.

Sin embargo, y a pesar de lo anteriormente citado, cualquier tipo de contrato social médico se asienta en la confianza que el paciente-ciudadano deposita todos los días en el conocimiento y compromiso del médico y en la profesión médica. Esta confianza es el valor esencial que garantiza la viabilidad del contrato social entre la profesión médica y la sociedad civil. Por lo tanto, la cuestión de fondo apenas ha cambiado: antes se confiaba en el individuo profesional aislado (médico individual); ahora se confía en el sistema (colectivo médico). Pero en el fondo, la relación está basada en la confianza de los pacientes en las personas que se dedican profesionalmente a la actividad sanadora, los médicos.



BIBLIOGRAFÍA

- ▣ Albert J. Jovell. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit* 2005;3(3):495-503.
- ▣ El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la Medicina General*. Gérvas, J. *El Médico*, 1-4-2005. <http://equipocesca.org/el-contrato-social-de-los-medicos-en-el-nuevo-sistema-sanitario-vision-profesional-desde-la-medicina-general/>
- ▣ Juan Gérvas. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la Medicina General*. *EL MEDICO INTERACTIVO*, 6 NOV 2018.
- ▣ Patricio Martínez Jiménez. El contrato social implícito. *Redacción Médica*, actualizado 06 nov 2018. <https://www.redaccionmedica.com/opinion/el-contrato-social-implicito-2085>
- ▣ Luis Ángel Oteo Ochoa. El Contrato Social de los Médicos en el “Nuevo” Sistema Sanitario. Organización Médica Colegial Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España <http://www.cgcom.es>

Pacte Social

per a un sistema públic de salut de qualitat



VICENZO PALAVICINO
Estudiant de la Facultat de Medicina
Universitat de Lleida

SI CAL, MÉS IMPOSTOS PER GARANTIR UNA SANITAT PÚBLICA DE QUALITAT

El què representa la salut avui és un valor que en podríem dir superior. Superior en el sentit d'importància en les nostres vides: quan emmalaltim volem retornar a estar sans per diferents motius, però el primer és per deixar d'estar en *estat malalt*, ja que té unes implicacions emocionals i vitals d'elevat valor. També superior en el sentit econòmic: si estic malalt he de demanar una baixa mèdica i, per tant, deixaré de cobrar una certa quantitat de sou que ara per ara em permet viure. Arribem a un punt, especialment amb la conjuntura socioeconòmica actual, en el qual les persones no es poden permetre emmalaltir, ja que la baixada de sou els pot impedir pagar el lloguer, l'hipoteca o el menjar.

Així doncs, és clar: la salut és un concepte de molt elevada vàlua a la nostra vida i a la nostra societat. I és precisament per això que necessitem establir un pacte social o un contracte social entre sanitaris i pacients. Si no ho fem, la nostra praxis pot romandre cada cop més en un lloc de conflicte social ja que, sense cap mena de dubte, la Medicina del segle XX ha estat incapaç d'adaptar-se als nous temps. Em refereixo especialment a la formació mèdica, donat que encara ara ensenyem Medicina (i rebem aquest ensenyament) basada en el segle XX. Una Medicina en la que "la injecció és més forta que la pastilla", "el psiquiatra és per a pacients bojos", o "vull que m'ho curin tot amb un fàrmac". Aquestes frases poden ben bé resumir el panorama que ens trobem en l'Atenció Primària, però també en qualsevol especialitat. El que esfereix més és que encara ara tenim professionals que no s'han adaptat a intentar canviar aquests paradigmes.

Òbviament hi ha moltes més raons, però com a estudiant de Medicina no puc evitar fixar-me en la nostra formació. Realment, si no es canvia, mai arribarem del tot a tenir metges (i sanitaris en general) que siguin capaços d'adoptar els nous valors del professionalisme del segle XXI, com ara l'altruisme en l'aplicació del coneixement al servei dels individus o bé la responsabilitat en la transmissió i ensenyament del coneixement. És el segon concepte el què em preocupa més, ja que pràcticament mai dubto de la capacitat dels meus companys d'ésser altruistes, però sí que és important que siguem capaços de transmetre el coneixement de manera activa als propers metges que vinguin.

A més, tenim els dirigents i els gestors incapaços de sortir d'aquesta Medicina del segle XX, la del cost-efectivitat, la del *second best therapeutic option*, que malauradament han convertit el dia a dia dels metges en un embolic administratiu i pressupostari. Molt probablement per culpa seva hem passat de la medicina basada en l'evidència a la medicina basada en el pressupost, que només és una mutació de l'anteriorment anomenada medicina del segle XX cap als nous temps. És clar que l'esforç del capital

humà fa canvis palpables en la nova Medicina. De fet, a la nostra facultat ja tenim assignatures en les quals se'ns ensenya amb més passió valors ètics i morals que la física mèdica o la fisiopatologia desconeguda de la migranya, ja que avui, amb els nous paradigmes socials, resulten més i més importants que el coneixement tècnic (sense tampoc desmerèixer-lo).


Tot i així, ens trobem en aquesta disjuntiva. I ens movem per millorar la qualitat assistencial, per millorar les nostres competències i valors, per canviar la formació mèdica i fer que els metges siguin, de nou, un baluard d'exemplaritat en honestat, coneixement, respecte i integritat. Espero de tot cor que els nous metges que apareguem a la comunitat mèdica siguem capaços de recuperar l'humanisme perdut d'una època excessivament científista. Desitjo de tot cor que siguem capaços de fer la nostra pròpia Medicina del segle XXI i no siguem els hereus maleïts d'una Medicina que ja està completament esgotada.

La salut costa diners, i aquests diners els hem de posar dels nostres impostos, ara per ara. I no només és la salut el què estem pagant, sinó que també paguem tots els valors que hauríem d'exigir als nostres professionals, aquest humanisme del que hem parlat anteriorment. Pressupostàriament parlant, en la conjuntura políticoeconòmica actual s'està tornant insostenible. Fins a quin punt estem disposats a pagar, fins a on arriba la butxaca comuna de la societat per mantenir un dels millors sistemes de salut del món? Caldria veure si seríem capaços de deslliurar-nos d'altres xacres econòmiques que arrosseguem en l'àmbit estatal per aconseguir mantenir el funcionament, i fins i tot millorar-lo, de la sanitat pública.

Abans assegurava que la salut és un valor superior. La sanitat pública, l'eina per obtenir aquest valor superior, també hauria de ser fruit d'un esforç col·lectiu per posar-li el greix (diners) als engranatges del seu motor. Si em pregunten, prefereixo pagar més impostos i mantenir la sanitat - però no a aquells que s'enriqueixen amb gestions privades basades en el cost-efectivitat, o als gerents públics que semblen desconnectats completament de la realitat assistencial- i no haver-la de pagar mitjançant assegurances mèdiques. Però per a això calen canvis en els metges -mitjançant el contracte social basat en la solidaritat, responsabilitat, justícia social i subsidiarietat- i en els pacients, perquè aprenguin a fer-ne un ús responsable, com n'estem aprenent a fer de l'aigua en època de sequera.

Per tant, al menys per la meua part estic disposat a posar els diners públics necessaris, amb més impostos si cal, per mantenir una sanitat de qualitat, encara que també estic fermament d'acord amb un canvi de paradigma en els metges, en l'instauració d'un nou contracte social, i també en una educació del pacient per a l'ús de la sanitat. Són molts canvis i poc temps per endavant fins que no resulti insostenible, així que el millor serà que ens hi posem com més aviat millor. O bé és que preferim un sistema de gestió privada? *Todo se andará...* ■

Actualización en la infección por *Helicobacter pylori*

 TAMARA REVUELTO | JUAN ARMANDO ROGUIGUEZ | JORDI GARRETA
Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Santa Maria

 ISABEL MIGUEL | GISELA TORRES
Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

La bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) es un bacilo gram negativo helicoidal, que habita en la mucosa gástrica, y causa enfermedades gastroduodenales. La prevalencia en España se sitúa entorno al 40%. Su principal forma de transmisión es vía oral, por material fecal o ingesta de alimentos o agua contaminada. La mayoría de los casos de infección por Hp son asintomáticos. Durante mucho tiempo, la triple terapia combinada de 7 o 10 días ha sido la primera línea de tratamiento. No obstante, en los últimos años se obtenían tasas de erradicación subóptimas, del 70-85% debido a las resistencias bacterianas a los antibióticos. Esto ha hecho cambiar las pautas del tratamiento, consiguiendo mejorar su eficacia con tasas de erradicación >90%. Este artículo, resume las recientes recomendaciones de los consensos (1, 2, 3, 4, 5) adaptado a nuestro entorno.

INDICACIONES PARA INVESTIGAR Y TRATAR LA *HELICOBACTER PYLORI*

Indicaciones: recomendación fuerte, alto grado de evidencia

1. Úlcera péptica (gástrica y/o duodenal). Si los pacientes presentan hemorragia digestiva alta (HDA) por úlcera, también se debe evaluar la presencia de Hp en todos los casos, y prescribir tratamiento erradicador, ya que reduce el riesgo de recidiva de la enfermedad ulcerosa. No se recomienda mantener tratamiento con IBP.
2. Dispepsia no investigada <55 años sin síntomas/signos de alarma o dispepsia funcional (vómitos, hemorragia

digestiva o anemia ferropénica, masa abdominal, pérdida de peso o disfagia) es la indicación más frecuente de erradicación, siguiendo la estrategia *test and treat*. Consiste en determinar la infección por Hp mediante un test no invasivo y tratarla si se detecta.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA O ENDOSCÓPICA DE UN CÁNCER GÁSTRICO.

Indicaciones: recomendación fuerte, evidencia moderada

4. En pacientes en tratamiento con AINES *naïve* con antecedentes de enfermedad ulcerosa además del tratamiento con IBP de mantenimiento.
5. Linfoma MALT gástrico de bajo grado localizado (estadio I/II)

Indicaciones: recomendación débil, evidencia moderada

6. Antes iniciar tratamiento con AINES en pacientes *naïve*: el consumo de AINE y la infección por Hp son factores de riesgo independientes de enfermedad ulcerosa y de complicaciones. La erradicación de Hp reduce significativamente el riesgo de úlcera péptica. Esta reducción, se observa sólo en pacientes que no han consumido previamente AINE *naïve*, pero no en los que ya reciben el tratamiento, en los que no estaría indicado investigar ni tratar la infección.
7. No es necesario hacer tratamiento erradicador de manera sistémica en pacientes que toman AAS. Se indicará IBP

en función de la presencia de factores de riesgo gastrointestinal (antecedente previo de enfermedad ulcerosa).

Indicaciones: recomendación fuerte, evidencia baja

- 8. Familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico
- 9. Gastritis crónica atrófica o metaplasia intestinal: son lesiones precursoras de cáncer gástrico, pero en ausencia de otros factores, como la historia familiar de cáncer gástrico, el riesgo de esta neoplasia es muy bajo. La erradicación de Hp puede revertir la gastritis atrófica, pero no la metaplasia intestinal. La realización de endoscopias periódicas no ha demostrado que tenga ningún efecto beneficioso en la prevención del cáncer gástrico. Se recomienda el tratamiento de Hp en pacientes con gastritis atrófica o metaplasia intestinal, sin precisar endoscopias periódicas tras eliminar la infección.
- 10. Uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones en pacientes jóvenes

Indicaciones: recomendación baja, evidencia baja

- 11. Anemia ferropénica de causa no aclarada
- 12. Púrpura trombocitopénica idiopática
- 13. Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas
- 14. Se recomienda ofrecer un tratamiento erradicador a los pacientes diagnosticados de infección por Hp

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Pruebas diagnósticas no invasivas (accesibles, mejor toleradas y menor coste)

- La prueba del aliento con urea marcada con C13 con administración previa de ácido cítrico
- La detección de antígeno en heces (método monoclonal validado en nuestra población, alternativa con menor coste y disponibilidad en todos los centros).

Ambas pruebas tienen una sensibilidad y especificidad comparables (en torno al 90-92%) para el diagnóstico de

la infección en áreas con alta prevalencia de la Hp como la nuestra y la confirmación de la erradicación.

- La fiabilidad diagnóstica de la serología es inferior a la de los otros test. Además, su utilidad se ve limitada porque no permite distinguir entre infección actual o exposición previa. Por tanto, no se recomienda su uso en la práctica clínica habitual.

Pruebas diagnósticas invasivas

Se recomienda realizar biopsias de antro y cuerpo gástrico en el caso de que el paciente requiera una endoscopia. La técnica histológica permite detectar la infección con la máxima sensibilidad y especificidad. Además, evalúa la presencia de gastritis atrófica y metaplasia intestinal. La prueba rápida de ureasa es una alternativa válida, tiene una sensibilidad del 90% y especificidad del 95-100%.

Control post-tratamiento: hay que confirmar la erradicación después del tratamiento en todos los casos con una prueba no invasiva (test de aliento o antígeno en heces).

- Suspender IBP dos semanas antes de realizar cualquier prueba diagnóstica de Hp, ya que disminuyen la sensibilidad y da falsos negativos.
- Los anti-H2 y antiácidos no tienen actividad frente a Hp por lo que no se suspenden
- Los antibióticos y las sales de bismuto se suspenderán cuatro semanas antes de la realización de la prueba.
- Los tests para confirmar la erradicación se realizarán entre 8 y 12 semanas después del tratamiento para aumentar la fiabilidad del control post-erradicación.

TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN HELICOBACTER PYLORI (FIGURA 1)

Tratamiento de primera línea: actualmente, no se recomienda el tratamiento triple clásico con IBP, claritromicina y amoxicilina, dado que su eficacia, no llega al 80% en la mayoría de los casos.

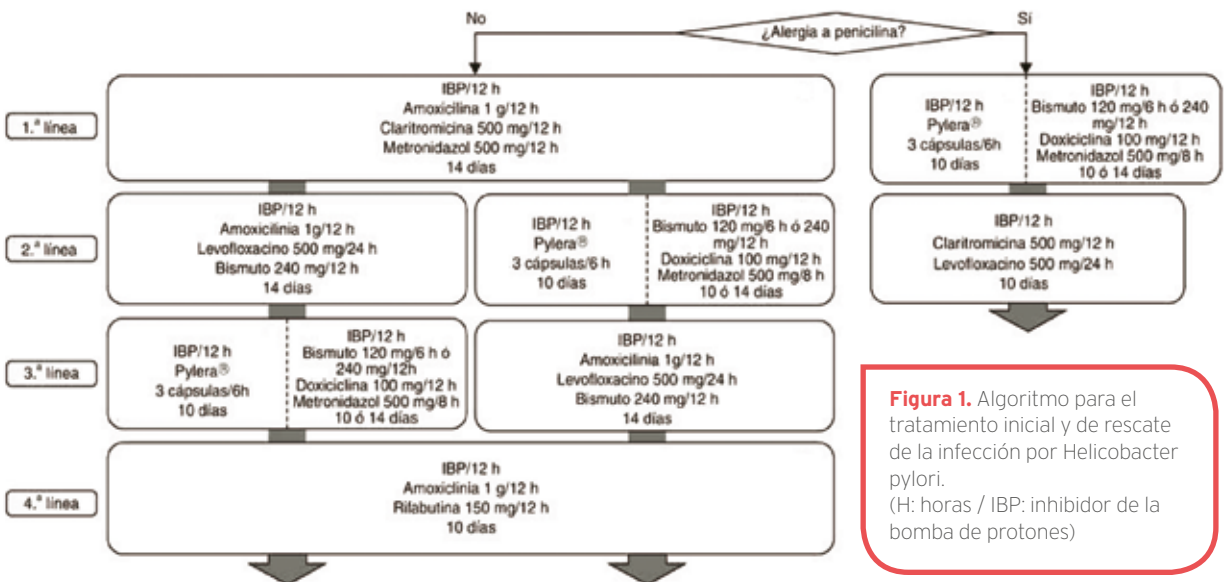


Figura 1. Algoritmo para el tratamiento inicial y de rescate de la infección por *Helicobacter pylori*. (H: horas / IBP: inhibidor de la bomba de protones)

La bacteria *Helicobacter pylori* (Hp) es un bacilo gram negativo helicoidal, que habita en la mucosa gástrica, y causa enfermedades gastroduodenales. La prevalencia en España se sitúa entorno al 40%.

Los dos tratamientos de elección que se recomiendan son la terapia cuádruple concomitante durante 14 días o la terapia cuádruple clásica con bismuto durante 10 días (Pylera®^[1], fármaco que incluye metronidazol, tetraciclina y bismuto en un solo comprimido). Ambos tratamientos han demostrado eficacia en torno al 90%. Los efectos adversos son moderados y similares, por lo que se recomienda cualquiera de los dos.

Tratamiento de segunda línea: una alternativa eficaz tras el fracaso de la terapia concomitante sería la terapia cuádruple clásica con Pylera® y un IBP^[2] a dosis altas o a la inversa si se inicio tratamiento de primera línea con Pylera®.

□ Se recomienda una pauta cuádruple con IBP a dosis altas, levofloxacino, amoxicilina y bismuto durante 14 días como tratamiento de rescate cuando falla el tratamiento inicial con pauta concomitante o Pylera®. La terapia triple con un IBP, amoxicilina y levofloxacino obtiene tasas de curación insuficientes del 74%, por lo que no se recomienda.

Tratamiento de rescate tras dos fracasos de tratamiento: se debe replantear la indicación de erradicar y evaluar la adherencia al tratamiento. Normas a tener en cuenta al indicar un tercer tratamiento:

- a) No se pueden utilizar ni levofloxacino ni claritromicina, ya que, si se han utilizado en tratamientos previos, las cepas habrán adquirido resistencia a estos antibióticos y el tratamiento de rescate no será eficaz. En cambio, se puede utilizar metronidazol, siempre que se administre en tratamientos de más de 10 días y a dosis altas de antibiótico.
- b) En caso de que la terapia inicial fuera la cuádruple concomitante y la segunda la cuádruple con

levofloxacino y bismuto, se recomienda utilizar Pylera® de rescate.

- c) En el caso de que se haya utilizado terapia concomitante de primera línea y Pylera® de segunda, se recomienda utilizar una cuádruple con levofloxacino y bismuto. Finalmente, tras el fracaso de Pylera® y una segunda pauta con levofloxacino, se puede utilizar cuádruple concomitante o una combinación de IBP a dosis altas, amoxicilina, metronidazol y bismuto.

Tratamiento de cuarta línea: después de tres fracasos se recomienda persistir en el tratamiento de la infección sólo en pacientes con indicación muy clara (úlcera, especialmente con hemorragia o linfoma MALT o en pacientes altamente motivados.) La pauta recomendada incluye IBP a dosis altas, amoxicilina, rifabutina y bismuto durante 10 días. En caso de que el clínico tenga dudas, debe plantearse remitir estos pacientes para evaluación a un centro especializado. En este momento el cultivo no tiene un papel relevante en la práctica clínica. ■



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al.

IV Spanish Consensus Conference on *Helicobacter pylori* Infection Treatment. *Gastroenterol Hepatol*. 2016; 39:697-721.

2. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al.

Management of *Helicobacter pylori* infection-The Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017; 66:6-30.

3. Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, Fischbach L, Gisbert JP, Hunt RH, et al. The Toronto Consensus for the Treatment of *Helicobacter pylori* Infection in Adults. *Gastroenterology*. 2016 Jul; 151(1):51-69.e14.

4. Jordi Sánchez Delgado, Pilar García Iglesias, Lúcia Titó Espinagosa, Ignasi Puig Del Castillo, Monserrat Planellas De Rubinat, Emili Gené Tous, Joan Saló Rich, Francesc Martínez Cerezo, Javier Molina Infante, Javier P. Gisbert, Xavier Clavet Calvo. Actualizació en el Tractament de la Infecció per *Helicobacter pylori*. Document de Posicionament de la Societat Catalana De Digestologia 2017.

5. Guies de consens en Patologia Digestiva. Atenció Primària- Especializada 2018.

Web Lleida/ Professionals/ Digestiu/ Guies de consens. Format paper (en prensa).

[1]

En alérgicos a la penicilina, Pylera® es el tratamiento de elección. En caso de fracaso, se puede utilizar el resto de pautas recomendadas (excepto, evidentemente, la terapia concomitante) y sustituir la amoxicilina por metronidazol o la combinación de IBP a dosis altas, claritromicina, levofloxacino y bismuto.

[2]

El beneficio de administrar IBP de última generación (esomeprazol, rabeprazol) y la utilización de doble dosis no está claramente establecido, a diferencia de lo que ocurriría con el tratamiento triple estándar. Por ello, no se puede recomendar de forma generalizada, ya que no es coste-efectivo.



Brasil, una rotación diferente

Experiencia de dos residentes del CAP Primer de Maig de Lleida



CLARA FUERTES Y
PAULA BALLESTA

Residentes de Cuarto año de Medicina
CAP Primer de Maig de Lleida

Somos dos residentes de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria en el CAP Primer de Maig de Lleida. En octubre del 2018, realizamos una rotación externa en Brasil, en concreto en la ciudad de Río de Janeiro. Estuvimos en dos clínicas de la ciudad, la Clínica de Familia Santa Marta y la Clínica de Familia Estácio de Sá durante un período de 15 días en cada una de ellas.

El objetivo de nuestra rotación era conocer el funcionamiento de una Medicina de Familia enfocada a la atención comunitaria y el de un sistema de salud en el que la limitación de

recursos y las características socioeconómicas de la población conducen a la formación de una atención lo más sólida y resolutive posible.

Brasil es un estado que proporciona a sus más de 100 millones de habitantes un sistema de salud universal, integral, gratuito y público. Entre 1988 y 1990, se fundó el Sistema Único de Salud (SUS), un sistema público financiado por el gobierno brasileño. De forma paralela, se impulsó un Programa de Salud de la Familia, integrado en el SUS. El objetivo es fortalecer la Atención Primaria ampliando la cobertura a la máxima población posible.

No obstante, el sistema a pesar de ser universal no consigue dar cobertura a toda la población. Dadas las dimensiones y los contrastes so-

cioeconómicos del país, existen diferencias notables entre municipios y quedan más desprotegidas las áreas rurales que las urbanas.

Desde 2008, en la ciudad de Río de Janeiro se lleva a cabo una reforma sanitaria, que aumenta la cobertura de la Atención Primaria e invierte tanto en infraestructuras como en formación. En la capital se desarrolla uno de los programas de Residencia de Medicina de Familia más sólidos y punteros del país. Se trata de un sistema de reciente creación con profesionales muy implicados en lograr mejoras y consolidar el sistema a pesar de sus dificultades.

La residencia médica no es obligatoria para trabajar en el SUS. Tampoco existe una regulación de las plazas de residencia a nivel nacional. El mé-



El objetivo de nuestra rotación era conocer el funcionamiento de una Medicina de Familia enfocada a la atención comunitaria y el de un sistema de salud en el que la limitación de recursos y las características socioeconómicas de la población conducen a la formación de una atención lo más sólida y resolutive posible.

dico interesado debe postularse en cada programa municipal accediendo mediante una prueba tipo MIR.

Las clínicas de Familia se dividen en equipos de Salud. Cada equipo está formado por un médico de familia,

un enfermero, un auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS).

Los horarios de atención son de 10 horas diarias entre semana (de las 8:00 a las 18:00 horas) y de 12 horas los fines de semana. Se cuenta con 20 minutos por consulta. Todas las unidades tienen historia clínica electrónica, que en estos momentos se está tratando de unificar con la historia clínica hospitalaria.

Lo más destacable de esta organización es la labor de los ACS, cuya representación no existe en España. Se trata de personas que viven en la comunidad (favela), deben tener estudios secundarios y aprobar la prueba de acceso para desempeñar esta labor. Su función primordial es establecer un nexo entre la comunidad y el sistema de salud integrando a sus habitantes mediante la realización de actividades, visitas domiciliarias e intervenciones individuales y colectivas. Por otro lado, también desempeñan labores de carácter administrativo dentro de la clínica.

La mayoría de las clínicas disponen de un servicio de salud bucodental. La cobertura de estos servicios, es más amplia que la de nuestro país. Estos equipos se implican tanto a nivel clínico como en la realización de actividades comunitarias en escuelas o asociaciones. Algunas de las clínicas también disponen de grupos multidisciplinares en los que puede

haber fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra o dermatólogo, entre otras especialidades.

Dentro de las clínicas hay una farmacia de dispensación gratuita gestionada por un farmacéutico. Se realizan prescripciones de principios activos según la cartera de fármacos disponibles y se administra el número imprescindible de comprimidos a cada paciente. De esta manera se ha conseguido desvincular a la industria farmacéutica de la formación médica. La formación corre a cargo de la gestión municipal del SUS y está prohibida la entrada de los representantes farmacéuticos en las clínicas.

Algunas clínicas también cuentan con una *Academia Carioca*, espacios abiertos donde se practica ejercicio físico orientado y dirigido por monitores.

Se trata de un sistema, que por sus características y dimensiones intenta ser lo más eficiente posible en recursos y lo más resolutive para abarcar una mayor población. El sistema incluye el seguimiento prenatal de bajo riesgo, la puericultura, el paciente pediátrico, la planificación familiar, la colocación de DIU, la realización de citologías, el seguimiento de paciente VIH no complicado, la tuberculosis, hanseiniasis y procedimientos de cirugía menor, entre otros aspectos.

La organización de las agendas funciona a través de los equipos descri-

tos previamente y no existe agenda programada. Cada paciente que acude a la clínica, es atendido por el AC que está de receptor y lo anota en la agenda del día. Hay un día a la semana programado para visitas domiciliarias, que realizan de forma conjunta el residente y el AC. Los AC facilitan la relación entre el médico y el entorno, que en ocasiones puede resultar hostil. Dadas las características del entorno y la inestabilidad del mismo, no siempre pueden realizarse las actividades domiciliarias y comunitarias programadas. También se reserva otro día a la semana para la reunión de equipo, que aborda los casos y cuestiones que merecen especial atención y propone estrategias de mejora.

La residencia de Familia tiene una duración de dos años con rotaciones obligatorias en Materno-Infantil,



Urgencias, Gestión y la posibilidad de una rotación Externa. Por otro lado, los residentes tienen un día a la semana obligatorio de formación en la Unidad Docente. Durante el segundo año de residencia, es obligatorio realizar una guardia hospitalaria de 12 horas un día a la semana.

Queremos recalcar en este artículo, la importancia del SUS para una

población que se encuentra en una situación de vulnerabilidad socioeconómica e inestabilidad política que convive con la violencia. Es primordial la figura de los AC que hacen posible la vinculación entre las comunidades y las clínicas. Los pacientes encuentran en este entorno asistencia médica para sus dolencias físicas y un referente sobre cuidados,

educación, promoción sanitaria y creación de una red de apoyo social entre sus vecinos.

Agradecemos a los Dres. Pedro Me-deiros Hakme y Rafael Luis Castillo y al conjunto de sus equipos su cálida acogida y el hecho de haber compartido con nosotras la ilusión de trabajar en un sistema de salud integral. ■

Les AFTES buccals

INTRODUCCIÓ:

Les aftes són unes lesions elementals que s'inicien com a màcules eritematoses doloroses que en poques hores adquireixen un centre blanquinós i necròtic. Això dóna lloc a una úlcera poc profunda, arrodonida o ovalada, ben delimitada, amb un centre blanc-groguenc i un halo inflamatori prominent. Generalment, no deixen cicatriu, excepte l'afeta de Sutton. Es localitzen a la mucosa no queratinitzada o mòbil (mucosa jugal i labial, zona ventral de la llengua, mucosa alveolar i plecs mucobucals) i cursen a brots^[1].

Cal distingir les aftes veritables de les aftoides, que són produïdes per virus i de les aftosi, que són processos sistèmics que cursen amb aftes o aftosi.

Les aftes passen per diferents períodes:

- ▣ Període vesiculós: període difícil de visualitzar durant el qual l'afeta presenta un diàmetre de 2 a 5 mm i elevació de l'epiteli, que recobreix un punt groguenc envoltat per un halo eritematós i passats 2-3 dies apareix una certa opacitat.
- ▣ Període ulcerós: ocorre després de l'esquinç del sostre epitelial^[2]. Al fons presenta detritus cel·lulars i fibrina i infiltrat de neutròfils en els marges i en profunditat. Durant aquest període, proliferen els fibroblasts a la base i comença l'angiogènesi. És un període molt dolorós, durant el qual els pacients refereixen sensació de cremor, dificultat en masticació, deglució i fins i tot fonació. Poden donar-se limfadenitis regionals.
- ▣ Període de cicatrització: l'úlcera es neteja i repitelitza sense deixar cicatriu.

ETIOPATOGÈNIA

Encara segueix sent desconeguda. Se li atribueix una causa multifactorial i diferents autors parlem d'una banda, d'una possible base genètica i de la història familiar i de l'altra, d'uns factors predisposants com el trauma, l'estrès, determinats aliments, desequilibri hormonal, tabac^[3], l'actuació de virus o bacteris^[4], deficiències vitamíniques^[5] i factors immunològics^[6].

FORMES CLÍNiques:

Estomatitis aftosa recurrent (RAS)

La aftosi oral recurrent és la malaltia no infecciosa més freqüent de la cavitat oral en la infància i es caracteritza per brots repetits d'úlceres doloroses a la mucosa bucal. S'estima que afecten fins al 20% de la població. És més freqüent en dones i existeix una certa agregació familiar. La seva etiologia com hem dit és desconeguda i hi estan implicats factors traumàtics, emocionals, al·lèrgics i immunològics. La freqüència d'aparició i severitat disminueix amb l'edat.



Al voltant del 80% de la població que la pateix la desenvolupa abans dels 30 anys. Hi ha tres formes clíniques d'aparició:

- ▣ Aftes menors.
- ▣ Aftes majors.
- ▣ Estomatitis aftosa herpètica.

Aftes menors:

La aftosi minor o Aftes de Mikulicz o úlceres aftoses lleus és la més freqüent (apareixen en el 75% -85% dels casos de RAS (24)). Es caracteritza per úlceres úniques o múltiples de menys d'1 cm, rodones o ovalades, delimitades i no doloroses envoltades per un halo eritematós i poc profundes. Poden localitzar-se en totes les zones no queratinitzades de la cavitat oral, incloent la mucosa labial, vestibular, terra de la boca i la zona ventral o lateral de la llengua. Curen sense deixar cicatriu en 1-2 setmanes i les seves recurrències varien però en general apareixen cada 2-3 mesos. Aquest tipus de aftes cura de forma més lenta que qualsevol ferida oral, la qual cosa podria estar associat a la presència d'un infiltrat limfocític intens^[7].

Aftes majors:

L'afeta major o també coneguda com a periadenitis necròtica recidivant de Sutton o gran estomatitis aftosa cicatricial. Són aproximadament entre el 10 al 15% de la RAS. Apareixen en l'època mitjana de la vida després de la pubertat. Són arrodonides o ovalades, excedeixen d'1 cm de grandària, amb marges clarament delimitats però irregulars. Solen ser úniques, poden afectar la llengua, la mucosa faríngia i el paladar tou i triguen setmanes a curar, deixant una cicatriu de caràcter fibrós i retràctil.

La ulceració és més profunda, el dolor molt intens i sol aparèixer 1 o 2 a la vegada. Apareixen en mucosa labial, paladar tou i istme de la gola. De vegades el procés inicial s'acompanya amb febre, disfàgia i malestar general^[8].

Aftosi herpetiforme:

La aftosi herpetiforme és la menys freqüent (només entre el 5 i el 10% dels casos de RAS) i es manifesta amb un



nombre variable (50-200) d'úlceres de 1-2 mm rodones i doloroses agrupades en raïms similars a les úlceres de l'herpes simple en qualsevol zona de la mucosa. Tendeixen a unir-se formant úlceres més gran després de diversos dies (10-14 dies). Solen aparèixer a la tercera edat i són més comuns en dones. La majoria dels pacients tenen només de 2 a 4 recurrències per any el que s'anomena aftosi simple. Alguns presenten una activitat contínua desenvolupant lesions noves al cicatritzar les antigues o amb úlceres associades a malalties sistèmiques (aftosi complexa)^[8].

Síndromes aftosos

Síndromes que cursen amb l'aparició de aftes, entre altres podem trobar:

Malaltia de Behçet:

Malaltia reumàtica crònica. Es caracteritza per l'aparició de la triada de signes clínics d'aftes bucal, úlceres genitals (65%) i alteracions oculars (80%). A més, per confirmar la malaltia han d'aparèixer lesions cutànies o presentar test de patèrgia positiu^[9].

Afta de Newman o aftosi de Newman:

Cursa amb l'aparició d'aftes a nivell bucal i vulvar (70-80%)^[10]. És més freqüent en dones. Les aftes són grans, necròtiques i presenten vores elevades i una base infiltrada. Aquestes s'assemblen a les de la periadenitis necròtica de Sutton o a aftes majors veritables. No donen manifestacions generals ni apareixen en altres localitzacions, curen difícilment i persisteixen en el temps.

Síndrome de Reiter:

Malaltia reumàtica que es caracteritza per la presència de la triada ureítis, artritis i conjuntivitis. A més, apareixen en un 10% dels casos aftes a la cavitat bucal en forma de lesions circinades o petites vesícules opaques distribuïdes en totes les regions. Generalment apareix en joves (homes d'entre 20 a 40 anys d'edat). La seva aparició en nens i dones és rara^[11].

DIAGNÒSTIC:

El diagnòstic és clínic, en funció de la morfologia típica de la lesions, el seu curs recurrent i la seva localització.

La histologia és inespecífica. Es recomana descartar malalties associades, com ara dèficits de ferro, vitamina B12 o àcid fòlic, malabsorció intestinal (celiaquia, malaltia inflamatòria intestinal) i síndromes aftosos complexos,

com els anteriorment anomenats. També cal diferenciar el diagnòstic d'un possible síndrome de PFAPA (febre periòdica, aftes, faringitis i adenitis) que s'observa de manera ocasional en nens amb RAS.³

Ni la morfologia ni la histologia de les lesions permeten discernir si es tracta d'una aftosi idiopàtica o secundària a algun d'aquests processos.

Diagnòstic diferencial^[12]:

Es planteja principalment amb la infecció recurrent pel virus de l'herpes simple (VHS) i amb les malalties ampulloses autoimmunes.

En la infecció per VHS les lesions s'inicien com vesícules, tendeixen a reparar-se a la mateixa zona i afecten principalment la mucosa queratinitzada (paladar dur i geniva adherida). El diagnòstic definitiu es pot establir mitjançant citodiagnòstic de Tzanck, estudi histològic i/o cultius virològics.

Les malalties ampulloses autoimmunes són molt infreqüents en la infància, tenen un curs molt més tòrrid, afecten a grans àrees de la mucosa i el seu diagnòstic es basa en estudis histològics i de immunofluorescència directa i indirecta.

La història clínica permet diferenciar les aftes orals de les úlceres per salicilats o d'origen traumàtic.

TRACTAMENT:

El desconeixement de l'etiologia i la naturalesa cíclica del procés fan que no hi hagi un tractament específic.

El tractament de l'EAR té com a objectiu primordial disminuir la simptomatologia, espaiar els brots i evitar les recidives.

Les formes poc simptomàtiques en què el pacient no perd qualitat de vida, amb brots molt espaiats, no requereixen tractament. Un cop establert el diagnòstic d'afta i coneguda la relació amb un agent desencadenant o una deficiència, el primer pas serà la correcció del mateix.

Per evitar traumatismes, es poliran arestes tallants de les dents, obturacions desbordants o pròtesi o aparells ortodòntics que puguin ocasionar irritació. Es suprimiran de la dieta els aliments que desencadenen el brot i es recomanarà tècniques de control d'estrés, si aquesta sembla ser la causa.

El pas següent és el tractament del brot i pot realitzar-se de manera local o general. El tractament general està indicat quan el local no és suficient per controlar el brot o quan les aftes formen part de la simptomatologia d'un síndrome aftós. Sempre s'ha de fer en col·laboració amb l'especialista que tracta la resta de les patologies.

Línies de tractament^[13-15]

Primera línia

Tractament local: gels tòpics, cremes i pomades són àmpliament utilitzats durant la fase inicial. Són nombrosos els productes que hi ha al mercat. Aquests es componen fonamentalment de corticoides tòpics i d'altres substàncies com l'amlexanox (5%), prostaglandines, interferó, doximicina-cianoacrilato i hidropropilcelulosa.

Fins i tot l'àcid hialurònic, aplicat de manera tòpica, ha resultat beneficiós^[16].



BIBLIOGRAFIA

1. C. Scully, R. Shotts. ABC of oral health, Mouth ulcers and other causes of orofacial soreness and pain. *BMJ*, 321 (2000), pp. 162-165
2. Albanidou-Farmaki E, et al. Detection, enumeration and characterization of T helper cells secreting type 1 and type 2 cytokines in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Tohoku J Exp Med* 2007;212(2):101-5.
3. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(2):200-7.
4. Brailo V, Boras VV, Cekic-Arambasin A. (Recurrent aphthous ulcerations: analysis of predisposing factors in 68 patients). *Lijec Vjesn* 2007;129(1- 2):4-7.
5. Koybasi S, et al. Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors. *Am J Otolaryngol*, 2006;27(4):229-32.
6. Brozovic S, Vucicevic-Boras V, Bukovic D. Serum IgA, IgG, IgM and salivary IgA in recurrent aphthous ulceration. *Coll Antropol*, 2001;25(2): 633-7.
7. Eversole LR. Immunopathology of oral mucosal ulcerative, desquamative, bullous diseases. Selective review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;77(6):555-71.
8. Rogers RS. 3rd, Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997;16(4): 278-83.
9. McDonald DR, et al. Behcet's disease. *Cmaj* 2007;176(9):1273-4.
10. Gupta S, et al. Bipolar aphthosis presenting as mutilating genital ulcers in women. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70(6):357-60.
11. Wu and Schwartz. Reiter's syndrome: the classic triad and more. *J Am Acad Dermatol* 2008;59 (1):113-21.
12. Rees TD, Binnie WH. Recurrent aphthous stomatitis. En: Miles DA, Rogers RS III. Disorders affecting the oral cavity. *Dermatol Clin* 1996; 14: 243- 256,
13. Eisen D, Lynch DP. Selecting topical and systemic agents for recurrent aphthous stomatitis. *Cutis* 2001;68(3):201-6.
14. Gómez Bezares P, Vázquez Doval FJ. Abordaje y tratamiento de las aftas bucales. *Terap APS* 1999;6(8):557.
15. Matheus RW, Scully CM, Levers BG, Histlop WS. Clinical evaluation of beuydamine, chlorhexidine, and placebo mouthwashes in the management of recurrent aphthous stomatitis. *Oral Surg Oral Med Pathol* 1987;63:189-91.
16. Nolan A, et al. The efficacy of topical hyaluronic acid in the management of recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med* 2006;35(8):461-5.
17. Quijano D, Rodríguez M. (Topical corticosteroids in recurrent aphthous stomatitis. Systematic review.). *Acta Otorrinolaringol Esp* 2008;59(6): 298-307.
18. Volkov I, et al. Case report: Recurrent aphthous stomatitis responds to vitamin B12 treatment. *Can Fam Physician*, 2005;51:844-5.

Els glopejos amb sucralfat, dexametasona, tetraciclina, clorhexidina, triclosan, hidrocortisona aquosa o triamcinolona també s'utilitzen en úlceres menors. Els autors recomanen que, per promoure la curació de les úlceres recurrents, els medicaments tòpics han de ser aplicats directament sobre la lesió, tot mantenint el material en contacte directe el major temps possible amb una barreira que permeti la permanència.

La tendència que s'observa en els resultats dels estudis que valoren el tractament tòpic amb corticoides és que aquests són capaços de disminuir el temps de cicatrització de les úlceres aftoses i de millorar el dolor^[17]. Alguns dels més utilitzats són els següents:

- Acetònid de triamcinolona a 0'05-0'1% en orabase o en solució aquosa.
- Propionat de Clobetasol al 0,025% en orabase.
- Fluocinolona a 0'05-0'1% en orabase.

Altres teràpies utilitzades són la cauterització química, electrocauterització i ultrasons amb anestèsics locals. El tractament amb violeta de genciana, descrita per Scredler el 1983, ha estat àmpliament utilitzada. La laserteràpia: tant amb el làser HeNe com el de CO2 s'han observat efectes beneficiosos sobre els signes i els símptomes de les aftes.

Les infiltracions perilesionals estan indicades en les aftes grans, molt doloroses i amb lenta cicatrització. Es fa servir un preparat de triamcinolona (0'5 mg per 2'5 cm² de lesió = 25 mg/ml).

Tractament sistèmic:

En aquesta fase cal tractar els dèficits nutricionals i hematològics presents. S'han descrit casos en què s'observa una curació completa únicament amb l'administració de vitamina B12 en pacients que presentaven dèficits^[18]. El tractament sistèmic amb corticoides no es considera apropiat per la possibilitat d'incrementar el risc a candidiàsi, atròfia de la mucosa, supressió adrenal o intolerància a la teràpia sistèmica.

Segona línia:

Esta indicada en casos greus i recidivants després del tractament de primera línia. A causa del no control dels símptomes i la gravetat dels mateixos, es requereix una forma de teràpia més agressiva. Els corticoides sistèmics com ara la prednisona són una indicació i, fins i tot, s'ha arribat a combinar amb azatiopina. És de crucial importància en aquest punt consultar a un especialista.

Algunes de les pautes més usuals són:

- Prednisona en pastilles de 20 mg, 2 diàries durant 5 dies i, després, 1 diària durant una setmana més.
- Acetònid de triamcinolona en comprimits de 8 mg, 3 vegades al dia.

Tercera línia

Es tracta d'un tractament immunomodulador per a casos severos d'aftes. La talidomida i la pentoxifilina, inhibidors de l'FNNT, s'utilitzen en dosis variables depenent de la severitat de les lesions i tolerància del pacient. Així mateix s'han utilitzat levamisol, colquicina, ciclosporina, pentoxifilina entre d'altres. ■

DONACIÓ

en assistència controlada

Una alternativa eficaç per al trasplantament

DRS.
 MARIONA BADIA, LLUIS SERVIÀ,
 NEUS MONTSERRAT I MAR MIRALBÉS
 Coordinació de trasplantaments
 Hospital Universitari Arnau de Vilanova

INTRODUCCIÓ

El trasplantament d'òrgans és una teràpia consolidada davant de determinades malalties que ofereix resultats molt superiors a altres tractaments convencionals i, en alguns casos, es converteix en l'única possibilitat terapèutica davant del dany irreversible d'un òrgan com pot ser l'hepàtic, el cardíac o el pulmonar. Malgrat l'extraordinària activitat de donació i trasplantament a Catalunya i Espanya, no es tradueix en una disminució de les llistes d'espera i la demanda segueix superant la possibilitat d'accés al trasplantament amb una mortalitat del 8-10% de persones en llista d'espera. Les tres úniques fonts generadores

d'òrgans per trasplantar són donant viu, donant exitus en mort encefàlica i donant exitus per aturada cardiocirculatoria. (Figura 1)

El Reial Decret (RD) 1723/2012, que regula el procés de donació i trasplantament d'òrgans, estableix els requisits que han de complir-se per ser donant viu i proporciona les directrius per als criteris de diagnòstic i certificació de mort basats en la confirmació del cessament irreversible de les funcions circulatoria i respiratòria (mort per criteris cardiorespiratoris) o de les funcions encefàliques (mort encefàlica). El diagnòstic de mort cal valorar-ho des d'un punt de vista científic, malgrat això, donades les àmplies connotacions religioses, conceptuals i filosòfiques que té en la societat, adquireix rang legal.

Clàssicament la donació d'òrgans es produïa després de patir un dany neurològic greu que conduïa a la mort encefàlica. El descens de la mortalitat per traumatisme cranioencefàlic, malaltia cerebrovascular i els avenços en l'atenció del malalt neurocrític han determinat un des-

Figura 1. Nombre de donants a Catalunya segons tipus de donant durant 2017. Font: Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT)⁹

TIPUS	DESCRIPCIÓ	2017 N=471 (%)
DONANT VIU	Persona sana que decideix cedir un dels seus òrgans (ronyó o part del fetge) per ser trasplantat	138 (29%)
MORT ENCEFÀLICA	Persona que mort per cessament de les seves funcions cerebrals	216 (46%)
MORT ATURADA CIRCULATORIA	Persona que mort per cessament de les seves funcions respiratòria i circulatoria	117 (25%)

cens progressiu de la donació en mort encefàlica en el nostre país i ha obligat a desenvolupar vies alternatives de donació.

El Reial Decret aprovat el desembre de 2012 crea el marc regulatori i suport institucional necessari per a la pràctica de la donació en assistència controlada (DAC), que permet plantejar l'opció de la donació d'òrgans a persones que moren per aturada circulatoria després d'una limitació del tractament de suport vital (LTSV) com és la retirada del suport ventilatori artificial i drogues vasoactives per considerar-se fútils.

En els últims 5 anys, s'ha incorporat la donació en assistència controlada, coneguda com Maastricht III, en els hospi-

tals d'arreu de Catalunya i Espanya com una nova via de donació d'òrgans que comporta característiques diferencials i planteja nous reptes (Figura 2).

DONACIÓ DE VIU

La donació de viu exigeix la possibilitat d'un donant, habitualment amb vincle afectiu, entre donant i receptor. El donant ha de ser major d'edat, amb plenes facultats mentals i un estat de salut adequat. L'estat de salut físic i mental del donant ha de ser acreditat per un metge qualificat independent. A més, ha d'estar informat dels riscos tant per ell com per al receptor i ha de donar el seu consentiment de forma lliure, conscient i desinteressada. No pot existir condiona-

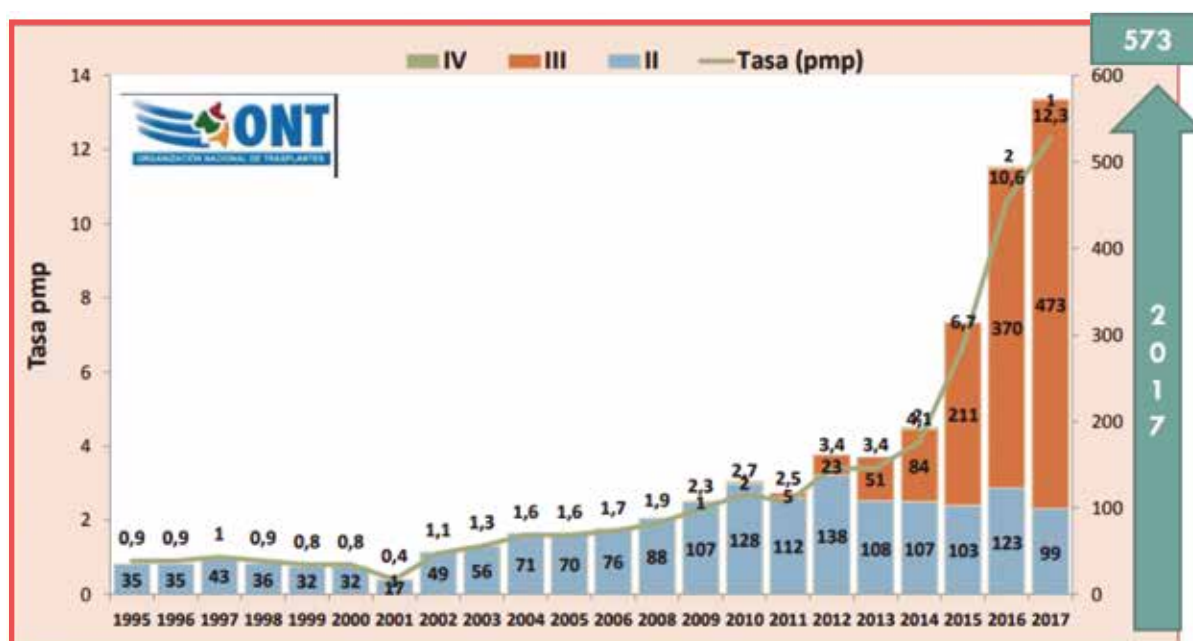


Figura 2. Evolució donació en assistència a Espanya. Font: Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

ment econòmic, social, psicològic o de qualsevol tipus i serà preceptiu disposar d'un informe del comitè d'ètica corresponent. El donant ha d'atorgar el seu consentiment de forma expressa davant el jutge i signar el document de cessió de l'òrgan juntament amb els metges responsables de la intervenció a la qual donen conformitat.

La supervivència d'empelt i de receptor és millor que quan l'òrgan es obtingut d'un donant difunt, però té l'òbvia limitació que només és possible la donació d'un ronyó o d'una part de fetge i la donació exposa a una persona saludable al risc i recuperació d'una cirurgia major.

DONACIÓ D'ÒRGANS EN MORT ENCEFÀLICA

La mort encefàlica (ME), entesa com el cessament de totes les funcions cerebrals (hemisferis cerebrals i tronc encefàlic), va possibilitar la donació d'òrgans de persones que havien patit un dany cerebral irreversible i que mantenien la funció respiratòria i circulatoria de forma

artificial. El procés de diagnòstic està tipificat en l'article 9 del Reial Decret 1723/2012 i exigeix la constatació del cessament irreversible de totes les funcions encefàliques per facultatius especialistes no relacionats amb l'equip de donació o trasplantament d'òrgans.

La situació de la ME, relacionada amb la mortalitat per accident de trànsit i accident cerebrovascular, ha anat disminuint de forma evident al llarg dels anys amb un augment paral·lel de l'edat mitjana del donant, fet que repercuteix en la possibilitat de trasplantament i augmenta la utilització d'òrgans no ideals (edat avançada, hipertensió o alteració funcional de l'òrgan). Tot això contribueix a un deteriorament clínic i a l'increment de mortalitat en les persones en llista d'espera.

DONACIÓ D'ÒRGANS EN ATURADA CIRCULATORIA

En els primers anys del trasplantament, els ronyons s'obtenien de donants vius o donants en assistència denominats

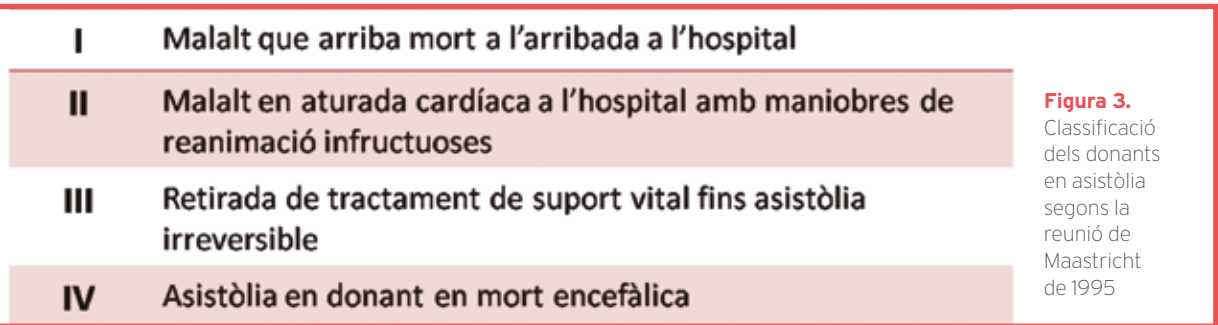
a nivell anglosaxó "non hearth beating donors". Posteriorment, amb l'acceptació del concepte i els criteris diagnòstics de la mort encefàlica va fer que la donació en ME reemplaçés quasi totalment la donació en assistència. La manca d'òrgans procedents de la mort encefàlica i els bons resultats obtinguts pels grups que han seguit treballant en el donant en assistència ha fet reprendre aquesta via de donació.

L'any 1995, a la conferència de Maastricht, es van definir quatre categories de donació en assistència en referència a les circumstàncies en que es produeix l'aturada circulatòria: tipus I, quan el malalt mort abans d'arribar a l'hospital sense instauració de mesures de reanimació cardiopulmonar (RCP); tipus II; quan el malalt arriba en aturada circulatòria a l'hospital amb maniobres de RCP instaurades infructuoses; tipus III, quan el malalt presenta aturada circulatòria després de la retirada de teràpies de suport vital, i tipus IV quan el malalt en mort encefàlica presenta assistència irreversible abans de procedir a l'extracció d'òrgans (Figura 3).

En la pràctica clínica, els donants en assistència provenen de pacients que presenten una aturada cardiorespiratòria no esperada i fracassen les mesures de reanimació (donants tipus II de Maastricht) o malalts ingressats en les unitats de Cures Intensives, amb suport ventilatori i hemodinàmic, als quals se'ls retira la ventilació mecànica com a part de la limitació del tractament de suport vital i que, de forma programada, després de la mort es procedeix a l'extracció dels òrgans (donants tipus III de Maastricht)

A Europa, predomina la donació tipus III a Holanda, Regne Unit i Bèlgica. En canvi, a Espanya i França la que predominava fins al 2015 era la donació tipus II.

L'annex I del Reial Decret 1723/2012 exigeix que el diagnòstic de mort per criteris cardiocirculatoris es fonamenti en la constatació inequívoca de l'absència de batec cardíac, demostrat per absència de flux sanguini en el monitoratge invasiu de la pressió arterial, assistència en el traçat electrocardiogràfic o absència de flux aòrtic en ecocardi-



grama durant un període no inferior als 5 minuts. Tant en l'assistència tipus II com en la tipus III, el diagnòstic de la mort és fa de la mateixa manera però canvia com s'hi arriba. En el tipus II la mort es produeix després de la reanimació cardiopulmonar que resulta infructuosa i en el tipus III es produeix després de la retirada del tractament del suport vital per considerar-se fútil.

Els avenços de la Medicina en general i de la Medicina Intensiva en particular fa que els malalts puguin beneficiar-se de tractaments i procediments agressius per millorar la seva malaltia. Els malalts més greus estan sotmesos a mesures de suport vital per substituir o ajudar en el funcionament dels seus òrgans. Quan el seu estat es deteriora fins considerar-se irreversible o irrecuperable, l'equip assistencial de forma consensuada pot decidir la LTSV de tal manera que les cures al final de la vida a la UCI han passat a ser una disciplina que cal tenir en compte.

Aquesta decisió precedeix i és independent de la possibilitat de donació d'òrgans. Una de les premisses de la LTSV és assegurar el benestar del malalt i aplicar la sedoanalgesia que sigui necessària. No hem d'oblidar que l'obligació del metge és proporcionar una mort digna, i això inclou l'absència de dolor i la garantia de benestar i serenitat al malalt, i transmetre-ho a l'entorn familiar.



Figura 4. Procés de donació en assistència controlada

Decidida la LTSV i acceptada per la família, el metge té l'exigència de pensar en la donació i el deure de proporcionar a la família o al pacient el dret d'aquesta si és la seva voluntat. Els malalts amb dany cerebral catastròfic, que no evolucionen a mort encefàlica, malaltia respiratòria o cardiològica terminal en les quals es decideix LTSV, podrien ser donants sempre i quan la retirada de les teràpies de suport vital se segueixin d'una aturada cardiorespiratòria precoç (Figura 4).

La donació d'òrgans després de l'aturada cardiorespiratòria té la gran limitació de la isquèmia calenta, que sofreixen els òrgans potencialment trasplantables. El temps fins a la mort és difícil de predir. Ara bé, per garantir la viabilitat orgànica es necessita que el temps entre la retirada del suport vital i el cessament de la funció circulatòria sigui com a màxim de 120 minuts. Si no és així, es perdria la possibilitat d'extracció dels òrgans i la família ha d'estar informada d'aquesta possibilitat. També pot succeir que la persona no arribi a presentar aturada cardiorespiratòria, en aquest cas, continuarem amb l'atenció sanitària i les cures al final de la vida (sedació, analgèsia, acompanyament familiar, etc.).

La isquèmia que pateixen els òrgans de DAC fa que es considerin donants amb risc no estàndard, és a dir amb un risc superior de fracàs de l'empelt envers els donants ideals, a l'igual que succeeix amb els donants d'edat més avançada amb comorbiditat associada com la hipertensió o la diabetis. Ni tots els donants són iguals ni tots els òrgans reuneixen característiques amb les quals es puguin qualificar d'excel·lents pel trasplantament.

En els donants tipus III, els òrgans a extreure i amb els que es compta més experiència prèvia són ronyons, fetge, pàn-



Els avenços de la Medicina en general i de la Medicina Intensiva en particular fa que els malalts puguin beneficiar-se de tractaments i procediments agressius per millorar la seva malaltia. Els malalts més greus estan sotmesos a mesures de suport vital per substituir o ajudar en el funcionament dels seus òrgans.

crees i pulmons. La valoració morfològica i funcional de cada òrgan serà similar a la realitzada en els donants en mort encefàlica.

El òrgans extrets amb més freqüència són els ronyons. El seu pronòstic funcional i de supervivència de l'empelt és comparable als ronyons extrets de donants en mort encefàlica. No obstant, la incidència de funció retardada i de no funció primària de l'empelt és superior en els ronyons de donants en assistència.

El fetge és l'òrgan més sensible a la isquèmia calenta i els resultats obtinguts en quant a la supervivència de l'empelt no són tan favorables com amb els ronyons i és la colangiopatia isquèmica la complicació més temuda. Per intentar disminuir els efectes de la isquèmia en l'òrgan, cal fer una selecció estricta dels donants i garantir una adequada preservació de l'empelt hepàtic abans de la seva extracció mitjançant la instauració d'un sistema de perfusió regional normotèrmica, que permet l'oxigenació per membrana extracorpòria dels òrgans intrabdominals i afavoreix una millor funció immediata en el receptor.

Els pulmons, en canvi, pateixen menys les conseqüències de la isquèmia calenta que els altres òrgans amb resultats de funcionalitat i supervivència equiparables als pulmons obtinguts després de mort encefàlica. La disfunció primària de l'empelt pulmonar és una de les primeres causes de morbiditat en la fase precoç de tot trasplantament pulmonar per la isquèmia-reperfusió que pateix l'òrgan, la qual està molt relacionada amb la reacció inflamatòria pulmonar secundària a la mort encefàlica, absent en la donació en assistència i que justifica el bon resultat funcional dels pulmons de DAC.

El desembre del 2017, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va iniciar aquesta nova via de donació amb un exemple de col·laboració entre els diferents serveis implicats. En aquests cinc mesos, es va aconseguir un total de 9 donants en assistència controlada, que van permetre el trasplantament de 16 persones en llista d'espera d'un ronyó.



CONCLUSIONS

1. La detecció del possible donant és un acte mèdic amb una dimensió social, ja que està orientada a la curació d'altres pacients. Es genera la necessitat de garantir l'accés a la assistència sanitària d'un bé escàs com és el trasplantament.
2. Els donants en mort encefàlica són els donants ideals amb obtenció d'òrgans i l'única font de cors, però hem vist que el seu potencial és limitat i obliga a explorar i desenvolupar fonts alternatives de donació.
3. La donació en assistència tipus III de Maastricht s'ha convertit en pocs anys en una important via d'expansió de la donació d'òrgans en el nostre país. És imprescindible el coneixement i l'acceptació de la donació com un element més de les cures al final de la vida del malalt crític i quan i com cal procedir a la LTSV.
4. Els resultats del trasplantament renal i pulmonar de DAC són equiparables a llarg termini als receptors d'òrgans procedents de donants en mort encefàlica, mentre que en el cas del trasplantament hepàtic, la possibilitat d'una colangiopatia isquèmica fa necessària una selecció molt acurada de donant i receptor. ■



BIBLIOGRAFIA

1. Real Decreto 1723/2012, del 28 de Diciembre por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y organización territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen los requisitos de calidad y seguridad. BOE 313. <http://www.ont.es/infesp/Legislacin/BOERD1723-2012.pdf> (accessed 03/06/2017).
2. Sánchez-Vallejo A, Gómez-Salgado J, Fernández-Martínez MN, Fernández-García D. Examination of the Brain-Dead Organ Donor Management Process at a Spanish Hospital. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15.
3. Bodí MA, Pont T, Sandiumenge A, Oliver E, Gener J, Badía M, Mestre J, Muñoz E, Esquirol X, Llaurodó M, Tiose J, Quintana S. Brain death organ donation potential and life support therapy limitation in neurocritical patients. *Med Intensiva* 2015;39:337-344.
4. Rubio JJ, Palacios D. Reflexiones sobre la donación en asistencia controlada (donantes tipo III de Maastricht). *Med Intensiva* 2016;40:431-433.
5. Souter MJ, Blissitt PA, Blosser S, Bonomo J, Greer D, Jichici, D et al. Recommendations for the Critical Care Management of Devastating Brain Injury: Prognostication, Psychosocial, and Ethical Management. A Position Statement for Healthcare Professionals from the Neurocritical Care Society. *Neurocrit Care* 2015; 23: 4-13.
6. Miñambres E, Rubio JJ, Coll E, Domínguez-Gil B. Donation after circulatory death and its expansion in Spain. *Curr Opin Organ Transplant* 2018;23:120-129.



Beneficiate de los principios
activos de nuestras infusiones



WWW.TCOMPANYSHOP.COM



unimedic
TRACTAMENTS MEDICOESTÈTICS

Medicina estètica integral

www.UNIMEDIC.cat
@centreonimedic

av. ROVIRA ROURE, 24 25006 LLEIDA
T.973 230 634 · 688 36 23 76

DM.C
danimartín construccions
Més que construcció

· Tenim especialistes en cada
fase constructiva.
· T'oferim un servei integral i
atenció personalitzada.



Vols fer-te una casa? Fem realitat els teus somnis en temps rècord

P.I. CIM Lleida N° Sud-28 Parc 10 Nau 5 · 973 25 75 43 · 629 95 66 30
dmc@construccionsdanimartin.com - www.construccionsdanimartin.com



NOU PEUGEOT 508

WHAT DRIVES YOU?



PEUGEOT i-Cockpit®
NIGHT VISION
CONTROL DE CREUER ADAPTATIU



MOTION & EMOTION



PEUGEOT

Gamma 508: valors WLTP: consum de carburant (l/100 km) mínim i màxim de 4,23 a 7,78 en cicle combinat - Emissió CO₂ (g/km) mínim i màxim de 123,94 a 175,47 en cicle combinat. Valors NEDC: emissió de CO₂ (g/km) des de 98 fins a 131.
Més informació a la secció WLTP de la pàgina web de peugeot.es (www.peugeot.es/marca-y-tecnologia/ciclacio-wltp)

AUTODILER 3000. Carretera LL-11 km. 9.4 -25191 Lleida - Tel. 973 27 99 40 - www.autodiler3000.com

E'S P U R N A

www.lespurnarestaurant.com

- Menú gastronòmic i Carta
- Menús degustació: Espurna i Experiències
- Menús per a grups i celebracions
- Cuina amb brasa de llenya d'alzina
- Sales privades amb capacitat de fins a 20, 32 i 60 persones.

HORARI:
De dimarts a diumenge migdia i de dimecres a dissabte nit.
Per a altres horaris no dubti en consultar-nos.

C/ Salmerón, 10
25004 Lleida
973 22 54 54
reserves@lespurnarestaurant.com