



LL
125
ANYS
1898/2023

125 anys
de Salut i Servei

ARNÓ

5 exclusives cases
a **Ciutat Jardí**

Informació: 680 780 075



04 Editorial

06 Notícies

18 Biblioteca COMLL

20 Deontologia Mèdica

22 Jurídic / Legal

23 Presents en el Futur

24 Secció Col·legial

26 Article

32 Medicina d'Avantguarda

- 125è aniversari del COMLL
- Moviment col·legial
- Acords de la Junta de Govern del COMLL
- Assemblea ordinària 20 d'abril
- Dossier de Premsa
- Actes de Commemoració del 125è aniversari del COMLL
- Fundació Galatea ha atès 5.300 professionals de la salut a Catalunya per problemes de salut mental i emocional des de l'inici de la pandèmia fins ara
- Una quarantena de professionals de l'àmbit de la salut laboral de Lleida i el Pirineu actualitzen els seus coneixements
- 21a Jornada d'estiu de la Professió Mèdica: l'atenció primària, liderant la transformació del sistema de salut
- Tot és al teu cap. Històries reals de malalties imaginàries. Suzanna O'Sullivan
- Al final, asuntos de vida o muerte. Henry Marsh
- Els fins de la medicina
- Implicacions jurídiques en l'exercici de la medicina
- La salud mental en los estudiantes de medicina, ¿la gran olvidada?
- Secció Jubilats: Recordant Màrius Torres
- Com s'han de formar els futurs metges i especialistes?
- L'FSE en medicina familiar i comunitària. D'on venim i cap a on anem?
- El camp de cancerització, Dr. Casanova
- Ortogeriatria, Dr. Pallisó

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE
METGES DE LLEIDA
Rambla d'Aragó, 14 . 25002 Lleida
T. 973 270 811
butlletimedic@comll.cat
www.comll.cat

Producció

Editorial MIC

DIPÒSIT LEGAL:

L-842/1996 ISSN: 1576-074X

Consell de redacció

Francesc Abella Pons
Noret Ballarin Cunillera
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu
Josep M. Casanova Seuma
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Joan Flores González
Josep M. Greoles Solé
Íñigo Lorente Doria
Lluís Marqués Amat
Mercè Matinero Tor
Marta Ortega Bravo
Montse Puiggené Vallverdú
Ángel Rodríguez Pozo
Pilar Roig Ferreruela

Josep M. Sagrera Mis
Javier Trujillano Cabello
Joan Viñas Sala

Direcció

María Chiné Segura



Dr. Ramón Mur

President de la
Junta de Govern del COMLL

Benvolguts col·legiats,
el 12 d'abril de 1989 es va publicar el Reial decret en el qual s'establien els estatuts que havien de regir els col·legis de metges i que ordenava la creació d'un d'ells en totes les províncies.

A l'agost es va triar la primera junta directiva del Col·legi de Metges de Lleida, que es va reunir per primera vegada el 30 de desembre de 1898 i un any més tard, just en la nit del 31 de desembre de 1900, es va inaugurar una nova seu en el número 1 del carrer Estereria de Lleida.

Ara, cent vint-i-cinc anys més tard ens trobem també en un moment important per al col·legi, d'actualització de la nostra institució, d'adaptació al que els col·legiats de 2023 necessiten i sol·liciten del seu col·legi. Un procés de "reforma" interna que també té un vessant extern, en forma d'una nova seu col·legial, en un edifici de nova construcció, que va prenent forma en l'Avinguda Rovira Roure, enfront de l'Hospital

Santa Maria i la Facultat de Medicina i molt pròxim a l'Hospital Arnau de Vilanova.

I per a celebrar aquesta especial onomàstica, la Junta de Govern ha volgut dissenyar un programa d'activitats en el qual, durant un any, es presentaran diversos actes per als col·legiats. Hem intentat que tots els perfils se sentin inclosos (residents, metges jubilats, metges que exerceixen fora de la ciutat de Lleida, familiars...) amb actes en diferents llocs del territori, perquè aquesta celebració sigui el més oberta i participativa possible. Perquè el col·legi som nosaltres, els col·legiats.

En aquestes pàgines trobareu un resum dels actes realitzats fins a la data i aviat us anirem informant de les pròximes trobades per, finalment, l'abril de 2024 i com a gran colofó d'aquest calendari, inaugurar el nou edifici i seu col·legial i celebrar plegats l'inici d'una nova etapa de la nostra institució.

—

Equipa't per al nou curs a la nostra e-botiga

Nou servei exclusiu per a col·legiats

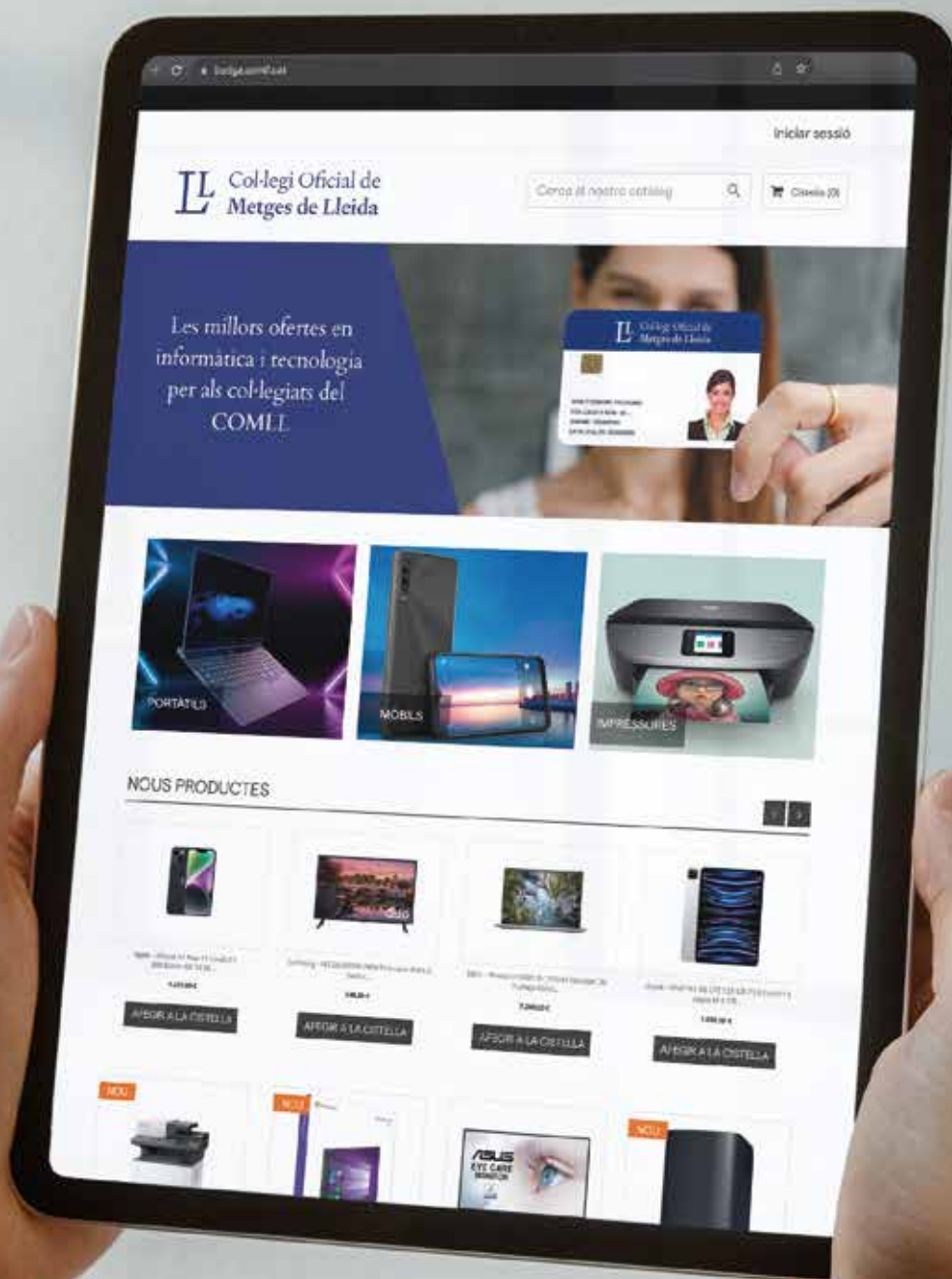
Ampli catàleg
d'articles tecnològics

Activa els teus
descomptes només
registrant-te a la
botiga

Assessorament tècnic
gratuït amb la teva
compra

Pots rebre la teva
comanda a casa o
recollir-la al col·legi

Opció de contractar
paquets tecnològics a
mida de la teva família
o negoci



botiga.comll.cat

Powered by **vunkers**

Tota la informació sobre la botiga, al vostre correu electrònic

Moviment col·legial des de l'1 de gener de 2023



Altes Gener: 11

STAGG LEMUS, SINÉAD BEGOÑA
 COLINA LAMUÑO, KAROL ELENA
 BORDERIA RABASSA, SANDRA
 ANTONIUK, OLENA
 MORALES, RAMIRO ENRIQUE
 SALAMANCA ONTIVEROS, CIRO ALFONSO
 TORRES BERMUDEZ, JULIO RICARDO
 GIMENEZ VALERO, ELISENDA
 GONGORA RODRIGUEZ, MARIA DELIA
 SERRANO GUERRA, LUIS IVAN
 BELTRAN CARDOSO, LINA ANDREA

Altes Febrer 2023: 8

ANTOLINEZ PORTILLO, ANA MILENA
 MONTES LOAIZA, GUILLERMO ANDRÉS
 COLL CABASÉS, ADRIANA
 WILCHES HERNANDEZ, MARIA CAMILA
 BALLARIN CUNILLERA, NORET
 CALDERON SUAZO, GABRIELA MARIA
 RIOS, EMILIANO MICAEL
 BALCELLS SORIGUERA, LIDIA

Altes Març 2023: 10

BOSA LOPEZ, MARIA ELENA
 VELA POLANCO, FULTON FRANK
 BRAVO MARZANO, ELVIS CAMILO
 JARA QUEZADA, JIMY HAROLD
 VELASQUEZ ALVAREZ, GILIANA MARCELA
 ESPIN BASANY, MARIA DOLORES
 SAURA FRANCO, JORGE
 ESQUERDA COLELL, JOSE ENRIQUE
 DELGADO PLA, JUAN CARLOS
 YSABEL DE JIMENEZ, ROSSY ANGELINA

Altes Abril 2023: 10

NAVARRO SALGADO, SARA CAROLINA
 ROIGE GARI, ALICIA
 VON HÜNEFELD, ANA
 ORELLANA MOROTE, ALBA
 ESTEVE VILA, NÚRIA
 CHAVEZ PARADA, CARLOS EDUARDO
 NOVA FERRANDO, ESTEFANY CAROLINA
 ESTEVE BONCOMPTE, GUILLEM
 GONZALEZ GILI, JOAN
 ORIBE PRADOS, DAVID

Altes Maig 2023: 51

SANCHEZ SILES, ELENA
 MANTZIZIDOR OTAEGI, OIHAN
 LORETO, STEPHANIA
 DIEZ CASTRO, MARIA JESUS
 ROGONTINO, ALESSANDRO
 DE GRACIA NAJERA, SARA
 CASAS GARABITO, ALVARO
 PEREZ GIRONA, LAURA
 VALLEJOS NUÑEZ, ANGELA DEL ROCIO
 BETANCORT DE LA TORRE, PAULA
 RECKE CAMPOS, ANNE
 MARZO LORENTE, MARINA
 BERNARD CONTRERAS, PRISCILA
 SANZ ALVARO, MARIA ESTHER
 UCULMANA VASQUEZ, HECTOR FABIAN
 RODRIGUEZ RUIZ, NEREA ENARA
 VILCHEZ DE LA CRUZ, ANA CECILIA
 MARTI COMPANY, CLARA
 JOVE MIRÓ, MARIA TERESA
 CABRERO CIPRES, JOSE MARIA
 SALA GRAU, NÚRIA
 FONT FERNANDEZ, ENRIQUE

POVEDA ORON, ANDREA

BABOUZID MAHDJAUB, SALEK

TAMAYO PACHECO, SERGIO

PEREZ MIR, ESPERANZA

LOPEZ CHISPAS, XIMENA

MEJIA MONDRAGON, MARCELA KARINA

RODRIGUEZ HERRERA, WALCER JOSE MOISES

CABELLO RAMIREZ, ARNAU

LEON DE SOUZA, MONICA

CAMPO BES, MARIA

VARGAS RAMIREZ, ROXANA

ALCANTARA PEREZ, CLAUDIA

RAHWAN I KHADAIR, HAYA

DALMAU VILA, ALBA

TELLO DIAZ, VALERIA ALEJANDRA

PEREZ VIGUERAS, ISABEL

GARCIA-ZAMALLOA AGUIRRE, AITOR

ANDREU MATEO, ANA ISABEL

MARCANO FERNANDEZ, JAVIER ENRIQUE

HERNANDEZ GUACHAMIN, LUIS MIGUEL

GONZALEZ SAMPEDRO, PAOLA FERNANDA

SALOMON PEREZ, ISLEDY SOJAILA

EXPOSITO PONCE, ROBERT JAVIER

LLANES VIDAL, AMANCIO

SISTAC PALACIN, JOSE MARIA

ROJAS QUIÑONES, MARIA XIMENA

BALLESTER CLAU, RAQUEL

GONZALEZ RAUSELL, MARIA ALEJANDRA

AVILES PARRA, JUAN DIEGO

Altes Juny 2023: 17

GONZALEZ CAMPOS, DOLORES MARIA

ROMERO VELEZ, ANDREA VERONICA

MANIEGA CUBILLO, LEYRE

SALDAÑA INDA, IGNACIO

SIHUAY ENCISO, ELIZABETH

ZUÑIGA ESPINOZA, LUCERO STELLA

DIAZ-GRANADOS SALCEDO, ORLANDO JOSE

INGA MOGROVIEJO, ANA KARINA

ALVAREZ PUIG, JULIÀ

VAZQUEZ ALARCON, JUAN SEBASTIAN

BONILLA AGÜERO, MOISES

MORALES MOLI, MARIA

PORTELLA ALEGRE, ANDREA

MONROY RODRIGUEZ, GABRIELA

VILA VARGAS, ANTONIO

GALLO MACIAS, EVELYN YAJARIA

FRAILE MARTINEZ, TERESA

Altes Juliol 2023: 15

DAVILA ARIAS, SARA

RAMIREZ RICO, SILVANA

SALAZAR FLORES, ADRIANA OLENKA

LABATA BORDALBA, INGRID MARIA

DE OLAZABAL, MARIO JAVIER

MARCOS DÍAZ, ANTONIO

BERDEJO GIMENEZ, JUDIT

CERDA, PAOLA DANIELA

RODRIGUEZ CASTRO, EVA MARIA

KIRSCHBAUM, AGUSTIN

DIAZ OLIVERO, PEGGY DEL PILAR

ROMAN APIAU, JOSE ANTONIO

GRAU PIFARRÉ, JUDITH

EL HAJMOUNI CAMÍ, SORAYA

SASIA, ALEJO FEDERICO

Altes Agost 2023:

ORTEGA TORRES, YANELA YORDANKA

PALAVICINO ISSI, VINCENZO PAOLO

ABDCHACOR ABDELMALEC, GASEM

ALONSO FEIJOO, IRIA

CALDERON ZAPATA, HUGO MANUEL

MARTINEZ SHEDDEN, MARIA GUILLERMINA

VELASTEGUI MALDONADO, LADY KAREN

VENTURA SICHES, ENRIC

PUÉRTOLAS PÉREZ, CLARA

ROYO SOLE, JOSEP MARIA

ARROYAVE CARVAJAL, JOSE DAVID

ACEÑA LUJANO, ISMAEL OSCAR

GARCIA RECOARO, EUGENIA

VOLTES CIRERA, LAURA

Baixes gener-juliol 2023: 64

Defuncions

LLADONOSA GALLART, BUENAVENTURA

LAMANA VILLEGAS, MARIA

TOMAS MAURI, JORDI E.

ROCA CORTES, ROSA MARIA

PALOMO PALOMO, ANGEL

PONS JUANATI, MANUEL

CHAER HODROJ, MOHAMED ALI

Total col·legiats a 31/08/2023: 2174



Acords de Junta de Govern

- Informació sobre la nova seu col·legial. Les tasques de la construcció de la nova seu col·legial continuen avançant tot seguint el calendari de certificacions d'obra previst inicialment.
- S'està treballant per continuar ampliant l'apartat d' "Avantatges i descomptes" de la pàgina web del COMLL i així poder oferir descomptes exclusius pels nostres col·legiats. Les temàtiques són: consultori i empresa, oci i cultura, esport i benestar, nens, vehicles i altres.
- Durant el mes de març es va estrenar el primer pòdcast del Col·legi de Metges relacionat amb la campanya de la Renda i va tractar sobre els aspectes més rellevants i a tenir en compte abans de fer la declaració de la renda i de patrimoni. El segon pòdcast va ser a càrrec del president del Col·legi i va parlar sobre el passat, el present i el futur de la Institució.
- Des del Departament de Formació s'han organitzat diverses activitats formatives: cursos d'Eines bàsiques en informàtica, Aplicació en atenció primària dels estudis biomecànics clínics en marxa, Introducció a l'elaboració de presentacions per a cursos o conferències amb Power Point, Introducció a la redacció d'articles mèdics en anglès.
- Durant els mesos d'abril, maig i juny es va oferir un any més el servei de confecció de la declaració de la renda i patrimoni. Com a novetat enguany s'ha creat una nova aplicació web per sol·licitar cita per la renda d'una manera senzilla, reben una confirmació de la cita sol·licitada i un correu recordatori el dia abans de la cita. Aquesta nova aplicació ha permès reduir el nombre de trucades i facilitar que el col·legiat pugui escollir l'assessor, el dia i l'hora de la manera més ràpida i senzilla.
- El COMLL va signar acord de col·laboració amb la Unió Mèdica Professional (UNIPROMEL) amb els següents objectius: aportar els instruments que el Col·legi consideri necessaris per a la defensa dels col·legiats en exercici lliure; portar a terme actuacions conduents a la defensa de la pràctica de l'exercici lliure de la medicina en l'àmbit territorial de Lleida; posar en contacte amb UNIPROMEL als col·legiats que ho sol·licitin, així com Unipromel podrà facilitar el contacte de qualsevol associat que ho autoritzi en l'àmbit nacional amb el COMLL. A més a més, el COMLL difondrà entre els seus col·legiats de provisió privada les actuacions i iniciatives d'UNIPROMEL que puguin ser d'interès per a la millora de les condicions de l'exercici professional d'aquests col·legiats.
- Amb motiu del 125è aniversari s'aniran celebrant actes cada mes, els quals seran anunciats per correu electrònic i per les xarxes socials. Aquests actes s'aniran celebrant fins al darrer acte que es preveu que sigui la inauguració de la nova seu col·legial de l'Avinguda Rovira Roure.
- La Junta de Govern va acordar convocar la XVIII Edició del Premi a la solidaritat en l'àmbit sanitari. L'objectiu d'aquests premis és reconèixer els col·legiats implicats en tasques altruistes en el marc de les ONG i associacions sense ànim de lucre, així com la dels seus voluntaris que, de forma professional, treballen per garantir el dret a la salut de la població. La quantitat de 6.000 euros serà destinada al finançament del treball solidari premiat.

Assemblea Ordinària 20 d'abril 2023

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar el passat 20 d'abril de 2023, a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de Lleida, l'assemblea anual ordinària de col·legiats, que també es va poder seguir per *streaming*.



El Dr. Ramón Mur, president del COMLL, va iniciar l'Assemblea Ordinària recordant en una primera lectura, tots els noms dels col·legiats que han mort durant aquest últim any i es va guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, el president i el secretari, Dr. Iñigo M. Lorente Doria García, van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, documents que recullen de forma resumida la vida col·legial durant el darrer any.

El tresorer del Col·legi, Dr. Carlos Querol Vela, va passar a informar detalladament de les diferents partides que conformen els estats comptables, la situació patrimonial del Col·legi a 31 de desembre de 2022 i el pressupost col·legial de 2023.

Seguidament, es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents, que van estar totes aprovades per unanimitat:

1. Aprovació de l'acta de l'anterior assemblea de col·legiats
2. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2022.

3. Aprovació del pressupost del 2023.

Un cop finalitzada l'assemblea, es va es procedir al lliurament del diploma col·legial i del Consejo General de Colegios de Médicos així com de la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició d'honorífics des de la darrera assemblea.

I tot després de la finalització de l'Assemblea, la Secció de Metges Jubilats del Col·legi de Metges de Lleida va retre homenatge als metges jubilats en el transcurs del passat any, els quals van rebre la insígnia del Col·legi i el diploma que els acredita com a col·legiats honorífics. Els assistents a aquest acte tan entranyable van poder gaudir a continuació amb la encisadora actuació "Xarxes: espectacle de trapezi i arpa", amb la Júlia Farrero i la Berta Puigdemasa que va aconseguir afegir encara més encant als plàcids jardins George Orwell de l'Hospital Santa Maria a Lleida.



Presència del Col·legi Oficial de Metges de Lleida als mitjans de comunicació



MÉDICOS Y PACIENTES.COM

Lleida conecta por primera vez pacientes y terapeutas en un entorno virtual gamificado para la rehabilitación física

02/03/2023



LA MANYANA

La nova seu del Col·legi de Metges, llesta l'any vinent

04/03/2023



LA MANYANA

Projecte del Col·legi de Metges de Lleida per més serveis a les àrees rurals

07/03/2023



SEGRE

El Col·legi de Metges de Lleida va registrar el 2022 set agressions a professionals, tres més que l'any anterior

07/03/2023



SER LLEIDA

“Hi ha moltes agressions a metges que no es denuncien”

27/04/2023



Tenim l'automower® que necessita el teu jardí.

ESTALVIA
FINS A
600€
EN ROBOTS TALLAGSPA
AUTOMOWER®

DISTRIBÜIDOR OFICIAL HUSQVARNA



MOTORverd

973 940 444 | info@motorverd.com | TORREFARRERA



Oferta vàlida fins al 30/06/2023



El teu laboratori de referència
amb més de 75 anys
d'experiència i innovació

Assessoria
científica

consell genètic
i formació continuada

Presència
internacional

a Espanya, Portugal,
Polònia, França i Brasil

Facultatius
especialistes

dirigint i coordinant
les seccions del laboratori

CERBA LLEIDA | Av. Prat de la Riba, 50, 25008 Lleida
LABORATORI CENTRAL | Plaça Ramon Llull, 7-10, 08203 Sabadell, Barcelona
T.: 937 27 22 33 | www.cerba.com

Celebració del 125è aniversari de la Fundació del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida celebra en 2023 el 125è aniversari de la seva fundació i amb motiu d'aquesta especial efemèride, la Junta de Govern ha volgut dissenyar un programa d'activitats per als col·legiats amb una sèrie d'actes fins a abril de 2024.

Celebració de la Diada de Sant Jordi



La **commemoració del 125è aniversari del COMLL** va començar el passat 20 d'abril amb la celebració de la **Diada de Sant Jordi**.

Abans de la celebració de l'Assemblea Ordinària de Col·legiats, es va dur a terme la **presentació de llibres** a la Sala d'Actes de la Facultat de Medicina, amb la participació dels següents **autors, col·legiats del COMLL, que van presentar les seves darreres obres:**

- **Joan Viñas Salas:** *Com viure amb la malaltia. Des de l'experiència d'un metge malalt cristià*
- **Jorge Peña Lueza i Joan Viñas Salas:** *Quaranta anys després: El retorn dels estudis de medicina a Lleida*
- **Francesc Domingo Salvany:** *La Poesia del mar, el nostre far*
- **Mari García Salas:** *I need padel y a veces quimio*
- **Fernando Pifarré Sant Agustín:** *Física y Biomecánica Clínica para fisioterapeutas y podólogos*
- **Pilar Riu Villanueva:** *La Tina i la classe dels científics*
- **Montserrat Esquerda Aresté:** *Hablar de la muerte para vivir y morir mejor*
- **Ramón Fernández-Paredes Mestres:** *Logia Masónica de Lleida i Masonería, ética y poder*

Un honor que tots ells volguessin col·laborar amb el col·legi.

Trobada de Residents

Va ser un vespre amb moments emotius, sorpreses, música i sobretot companyonia dels #metgeslleida en formació com a especialistes

En aquest acte vam comptar amb el Raül Llevot, Delegat de Salut a Lleida, les Dres. Silvia Bielsa i Maite Castañ de les unitats docents, Ian Bachs en representació de Mutual Médica, Yurema González i Pere Galceran, agents d'assegurances de Medicorasse al COMLL i Reyes Escrich, gestora comercial de Med1 al col·legi.

Després de la presentació oficial de l'acte, la promoció sortint va homenatjar a les seves padrines d'honor: l'Antònia Domínguez i la Conchi Gómez, de la cafeteria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Una decisió que va ser aclamada unànimement pels assistents i que reconeix la seva inestimable feina cuidant el personal sanitari dia a dia

A la trobada es va tenir un record especial per als R4 i R5, que van

El Col·legi va voler reunir a tots els residents, des dels nouvinguts que han començat aquest any la seva residència fins als més veterans, especialment als que acabaven la seva formació a Lleida. Per això, juntament amb **Mutual Médica**, **Medicorasse** i **Med1** es va organitzar una trobada amb comiat als residents sortints, benvinguda als nous R1, sorpreses, còctel, música...



trobar-se amb una inesperada companya de guàrdies, la COVID-19, en els seus primers mesos com a residents.

I no es va voler oblidar als anteriors padrins d'honor del nouvinguts: el Sr. Postu de Postureig de Lleida, padrí d'honor de la promoció 2021, i Ermengol Tolsà, padrí dels residents 2022, encara que aquest últim no va poder assistir a l'acte.

I com a colofó de la nostra festa, els R1 van conèixer al padrí de la seva promoció, el cantant Kelly Isaiah, que els va donar la benvinguda a Lleida i ens va regalar a tots el seu art.

Agraïm també la col·laboració de les empreses Iltravel, PersonalBest, Cuida't Centre integral de salut i Mutual Médica, que vam participar amb obsequis per als residents assistents.



Jornada de donació de sang i informació sobre el Document de Voluntats Anticipades (DVA)



Com a tercer acte de la commemoració del 125è aniversari del Col·legi, es va organitzar juntament amb el Banc de Sang i Teixits de Lleida, una jornada de donació de sang oberta a col·legiats i a la ciutadania en general, el passat 7 de juny

En aquest mateix horari, es va posar a disposició dels assistents informació sobre el **Document de Voluntats Anticipades (DVA)** amb el **Dr. José Luis Cruz** i voluntaris de l'associació **Dret a Morir Dignament**.

Les voluntats anticipades són unes instruccions que una persona major

d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, adreça al seu metge responsable, per tal que es tingui en compte quan la persona es trobi en una situació en que no pugui expressar personalment la seva voluntat sobre la seva pròpia salut.

—

SOROTIA
y el paisaje de su época
& THE LANDSCAPE OF HIS TIME

27 May. - 03 Sept.
Museo Casa Botines Gaudi
LEÓN

Exposición temporal
Temporary exhibition

HAES | BERUETE | REGOYOS | ANGLADA CAVARASA...

ORGANIZA: **FUNDOS**

COLABORA: **MonteCredit** **renfe** **Sabadell**
Fundación

El passat dia 28 de juny de 2023 a la seu de la OMC va tenir lloc la presentació dels resultats de la segona onada de l'estudi estatal "Repercusiones de la COVID-19 sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos de España", per Antoni Calvo, Director de la Fundació Galatea, acompanyat del Dr Tomás Cobo, President de CGCM d'Espanya i OMC, Dra. Manuela García Romero, Vicepresidenta Segona i el Dr. Alejandro Andreu.

Fundació Galatea ha atès 5.300 professionals de la salut a Catalunya per problemes de salut mental i emocional des de l'inici de la pandèmia fins ara

La pandèmia de COVID-19 ha suposat un abans i un després en la salut mental i emocional dels professionals de la salut. La crisi sanitària, que va causar, en les fases més inicials, un enorme estrès i patiment en els professionals de tot el sistema sanitari, ha acabat desencadenant i cronificant un **malestar acumulat i un clar empitjorament de la salut dels professionals del sistema sanitari**. Així ho mostren els successius estudis que Fundació Galatea ha elaborat des de la declaració de la pandèmia fins ara.

L'estudi ara presentat mostra que **el 60% dels metges i metgesses han demanat ajuda per problemes de salut mental i emocional o estan disposats a fer-ho** (a la tardor de 2020 eren el 25%). Aquest estudi, elaborat per Fundació Galatea, en col·laboració amb la Fundación para Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) i Fundació Mutual Mèdica

i referit exclusivament als metges i metgesses de tot l'Estat espanyol, confirma la tendència observada ja en anterior treballs (també en els realitzats a Catalunya amb tots els professionals de la salut): **els indicadors de salut dels professionals no milloren malgrat la superació de la pandèmia** i, en cap cas, recuperen els nivells anteriors a la crisi sanitària.

Des de principis de l'any 2020 (la pandèmia es va declarar el mes de març), la Fundació Galatea ha atès **prop de 5.300 professionals de la salut de Catalunya**: 1.299 l'any 2020; 1.376 l'any 2021; 1.846 l'any 2022 i 734 entre gener i abril de 2023. Del total de professionals atesos, el 71% van ser usuaris dels serveis de suport emocional de la Fundació Galatea, mentre que el 29% restant van ser atesos a la Clínica Galatea per trastorns mentals més severos. El 46% dels usuaris de serveis van ser metges i metgesses i el 29% infermers i infermeres. Aquests són els dos col·lectius que van sol·licitar més ajuda a través de Fundació Galatea, entitat que també presta serveis a farmacèutics, psicòlegs, dentistes, veterinaris i treballadors socials.

Els **serveis oferits per Fundació Galatea són els més ben valorats pels professionals de la salut de Catalunya** a l'hora de buscar suport especialitzat, tal com mostren els diferents estudis realitzats arran de la pandèmia. Segons l'estudi recent referit als metges, el 42% dels metges i metgesses catalans consideren que els serveis de Fundació Galatea són els més adequats a les seves necessitats quant a salut mental i emocional, seguits dels serveis de psicòlegs i psiquiatres privats (36%),

els serveis de salut laboral dels centres de treball (17%) i els serveis oferts als centres d'atenció primària (4%).

El director de la Fundació Galatea, **Antoni Calvo**, destaca que la pandèmia ha estat el desencadenant d'un enorme increment de la demanda de serveis: **"En tan sols tres anys i mig hem atès tants professionals com en els vint anys anteriors"**, afirma. Calvo afegeix que, a partir d'aquesta crisi, **"s'han visibilitzat els problemes de salut mental i emocional dels professionals de la salut i això ha contribuït a trencar l'estigma a l'hora de demanar ajuda"**.

La Fundació Galatea ha fet un gran esforç per donar resposta a la demanda creixent des de l'inici de la pandèmia, amb la incorporació, per exemple, de nous professionals experts a la seva xarxa assistencial. Això ha estat possible gràcies al suport econòmic del Departament de Salut, de la Fundació "La Caixa" i d'altres entitats. **"Hem vist que la demanda de serveis no baixa, per tant, el repte ara és vetllar pel manteniment i la sostenibilitat d'aquests serveis"**, afirma Calvo.

A banda dels serveis assistencials, Fundació Galatea també aposta per programes preventius, com, per exemple, les **intervencions en equips i organitzacions** per promoure relacions saludables (34 equips atesos l'any 2022), així com per la **realització d'estudis** que ajudin a conèixer i fer seguiment de la realitat de l'estat de salut dels professionals per tal d'oferir els serveis més adequats a les necessitats.

Una quarantena de professionals de l'àmbit de la salut laboral de Lleida i el Pirineu actualitzen els seus coneixements



Unitat de Comunicació Regió Sanitària Lleida

Remarquen la necessitat que les accions de salut s'incorporin a l'estratègia de les empreses

S'han reunit per consolidar el treball conjunt sorgit arran de la pandèmia entre els serveis de salut pública i els serveis de prevenció de riscos laborals de les empreses

Una quarantena de professionals que treballen en l'àmbit de la salut laboral per a empreses de les regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran van participar ahir dijous en una **sessió d'actualització de coneixements** en aquesta disciplina, organitzada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) a Lleida.

En la trobada, Rafael Panadès, cap de servei de Coordinació d'Actuacions de Salut Laboral de l'ASPCAT, va repassar a grans trets el **Pla nacional per a l'erradicació de l'amiant a Catalunya** i va exposar l'evolució i la situació actual del tractament de l'exposició d'aquest producte pel que fa a la vigilància de la salut laboral dels treballadors.

Així mateix, Glòria Mirada, del Servei de Gestió Integral de Vacunes a Lleida i Alt Pirineu i Aran, va fer **èmfasi en la importància de la vacunació, per pervenir la transmissió entre les persones que treballen amb persones grans o de risc, en centres d'educació infantil**, professionals sanitaris, serveis públics essencials, així com tatuadors o personal que està exposat a les aus.

Per la seva banda, Miquel Alsedà, del Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública a Lleida i Pirineu, va exposar els **protocols que es van seguir quan es va detectar un brot de grup aviar**

en una empresa, així com l'estudi epidemiològic que es va dur a terme.

Finalment, Montse Puiggené, responsable de la Unitat de Salut Laboral a Lleida i Pirineu i coordinadora de la sessió, i Meritxell Soler, infermera del treball de la mateixa unitat, van parlar de l'**impacte emocional** que va suposar per als professionals dels serveis de prevenció de riscos laborals el sobreesforç realitzat durant la pandèmia.

Per a Puiggené, "els problemes i les dificultats que vam viure durant la pandèmia van implicar que Salut i els serveis de prevenció de riscos laborals de les empreses de tot el territori haguéssim de treballar de forma conjunta, i aquesta col·laboració que s'ha mantingut fins a dia d'avui és precisament la que ara fa possible organitzar aquesta sessió de treball, que utilitzem per reivindicar la necessitat **que les accions per a la salut s'incorporin a l'estratègia de les empreses**". I per fer-ho, defensa Puiggené, "cal **continuar apostant per una salut laboral que de veritat faci prevenció de les malalties i promogui la salut**, allunyant el concepte de salut laboral del compliment explícit de la legislació".

Atès l'èxit d'aquesta trobada, se'n preveu una nova sessió per a la propera tardor.

21a Jornada d'Estiu de la Profesió Mèdica: l'atenció primària, liderant la transformació del sistema de salut



El 14 de juliol va tenir lloc la 21a edició de la Jornada d'estiu de la professió mèdica a Puigcerdà.

Un cop superada la pandèmia de COVID-19, cal fer front a transformacions urgents del sistema sanitari, algunes de les quals ja estaven sobre la taula abans de la pandèmia, mentre que d'altres s'han fet més evidents arran d'aquesta crisi.

Aquesta edició de la Jornada d'Estiu de la Profesió Mèdica, organitzada

pel CCMC, el ComB, la universitat Ramon Llull, l'Ajuntament de Puigcerdà i AUCer va centrar el debat en propostes per sortir de la crisi sistèmica des de l'atenció primària, amb aportacions des de l'àmbit assistencial i organitzatiu per construir un futur millor.

El Dr. Ramón Mur, vocal del CCMC i president de la Junta de Govern del COMLL va participar en la presentació de la jornada. Per la seva banda, la Dra. Maria Chiné, vocal del COMLL,

va moderar la taula sobre Tecnologia i dades en Atenció Primària.

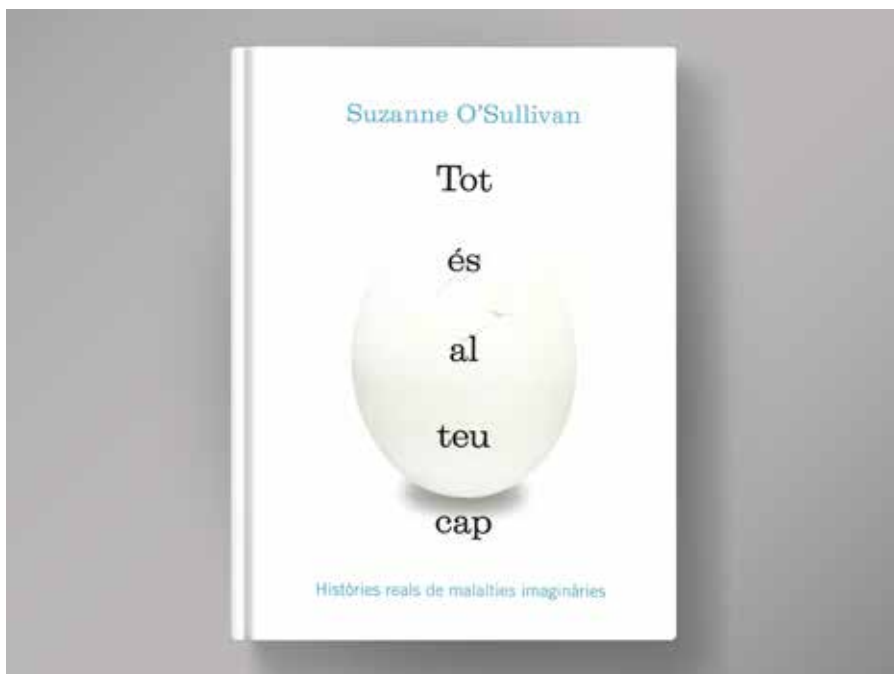
La representació lleidatana va comptar també amb la Dra. M. Antònia Lafarga, metgessa de família a l'ABS Bordeta-Magraners i coordinadora de l'assignatura d'Humanitats de la Facultat de Medicina de la UdL, que va participar en la taula sobre "Històries de metges més enllà de la medicina".

—



Tot és al teu cap. Històries reals de malalties imaginàries.

Suzanna O'Sullivan.
Angle Editorial.
Barcelona, 2016.



L'autora

Graduada en Medicina l'any 1991. És especialista en Neurologia des de l'any 2004, primer al Royal London Hospital i actualment al National Hospital for Neurology and Neosurgery i en la unitat especial de L'Epilepsy Society. Ha desenvolupat una àmplia experiència en el tractament de pacients amb malalties psicossomàtiques i dels que pateixen desordres físics, com ara l'epilèpsia.

El llibre

L'autora presenta diversos pacients que ha tractat al llarg de la seva vida dedicada a la neurologia. La majoria tenen símptomes greus: ceguesa, sordesa, paràlisi, dolor intens, fatiga crònica... sense que es puguin associar a cap malaltia o causa física. Tots arriben a la seva consulta després d'un periple de múltiples diagnòstics, canvis de medicació i intervencions quirúrgiques. I és que la neuròloga els hi ha de dir el que no volen sentir: que l'insufrible dolor que pateix el seu cos en realitat és al seu cap.

El cos te moltes maneres d'expressar les emocions: les llàgrimes o el rubor en són un bon exemple. De vegades, però, les reaccions del cos són més dramàtiques. Les respostes corporals a les emocions, fins i tot quan són més aviat exagerades, es poden acceptar fàcilment si es produeixen en les circumstàncies adequades.

Molts de nosaltres acceptem acceptem tranquil·lament aquests

fenòmens habituals. Són respostes fisiològiques a l'estrès. Són equivalents a l'impuls que feia que el cor del cavernícola bategués més de pressa si s'havia d'escapar d'alguna perillosa bestiola. Però, què passa quan aquest tipus de resposta física normal a les emocions deixa de funcionar correctament? La paraula psicossomàtic fa referència a símptomes físics que es produeixen per motius fisiològics. Quan això passa, el que era normal deixa de ser-ho i sorgeix l'afecció.

L'afecció només apareix quan els símptomes psicossomàtics van més enllà del que és habitual i afecten la nostra capacitat de funcionar o posen en perill la nostra salut.

D'això tracta el llibre de la Dra. O'Sullivan. A través de nou capítols corresponents a nou casos, fa una descripció detallada de diversos trastorns, amb un estil dinàmic, entenedor i, especialment, didàctic.

—

Al final, asuntos de vida o muerte

Henry Marsh
Miradas. Salamandra.
Barcelona, 2023.

L'autor

(Oxford, 1950). Va estudiar Ciències Polítiques, Filosofia i Economia a la Universitat d'Oxford, abans d'estudiar Medicina al Royal Free Hospital de Londres. Va ingressar al Col·legi de Cirurgians l'any 1984. Va exercir durant més de trenta anys d'especialista en neurocirurgia al Atkinson Morley del St. George's Hospital de Londres fins la seva jubilació l'any 2015. El seu primer llibre "Ante todo no hagas daño" (Salamandra, 2016), va obtenir el PEN Ackerley Prize i el South Bank Sky Arts Award. Llibre que es va convertir en un èxit de vendes internacional i traduït a més de trenta idiomes.

L'obra que avui comentem, ha estat finalista del National Book Critics Circle Award (2017) en l'apartat de biografies. A més, el Dr Marsh ha protagonitzat dos documentals (Your Life in Their Hands, guanyador del Premi Royal Television Society Gold Medal, i The English Surgeon, que va guanyar un Emmy). Fou també nomenat Comendador de l'Ordre de l'Imperi Britànic l'any 2010.

El llibre

Si hagués de buscar una paraula que definís el què m'ha suggerit la lectura d'aquest llibre és impactant. D'una manera o altra, crec que tot el que llegim ens arriba i afecta. Potser pel moment en que l'he llegit hi ha tingut alguna cosa a veure.

L'anterior llibre del Dr Marsh és, també, molt recomanable. En ell s'explicava la seva dilatada



experiència com a neurocirurgià, on la relació amb les persones és primordial. El títol ja ho diu tot: "Ante todo no hagas daño".

En aquest nou volum, l'autor maneja amb molta habilitat diferents i transcendents aspectes: la jubilació, el diagnòstic de càncer, el nou i inesperat paper de pacient i una profunda reflexió sobre la vida i la mort.

Tots aquests aspectes es troben hàbilment relacionats. En algunes ocasions sembla més un llibre d'autoajuda que no una sincera autobiografia. El Dr. Marsh es pregunta perquè li ha tocat a ell tenir aquesta malaltia. Creia que als metges no els passaven aquestes coses, "volia morir-me perquè tenia por a morir". Es pregunta per què fa mal el dolor?. Per què els decisions difícils ens assemblen difícils? Per què l'evolució ens ha fet desenvolupar els sentiments?. La seva formació científica xoca amb una realitat diferent, la que significa estar a l'altre costat de la taula de la consulta, "un dels pitjors aspectes de ser pacient és tenir que esperar", diu.

Aprofita per a fer una crítica a la relació terapèutica que s'estableix entre professionals i pacients i com l'excés de tècnica acostuma a distanciar un i altre, "ser pacient és una experiència impactant i humiliant".

Ens fa reflexionar sobre raó i emoció: "la distinció clàssica entre raó i emoció és errònia. Actuen en conjunt. No és això un conflicte". Una senzilla manera de carregar-se tota la teoria de la intel·ligència emocional!.

En aquest procés intern que l'autor fa sobre el nou període en que abandona l'autoritat que li ha donat ser un professional reconegut, es mostra humil i agraït per tot allò que ha après i ha ensenyat, "he tingut el meu temps sota el sol. Ara és el torn de la següent generació".

En definitiva, es tracta més que llibre autobiogràfic, d'un manual docent de reflexió, indicat per tots i totes les professionals de l'àmbit salut que ens trobem en una nou període de canvis i reflexions.

Francesc Abella Pons.

—

Nou Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya: els fins de la medicina



El febrer de 2022 va entrar en vigor el Nou Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Des d'aquestes pàgines, anirem comentant algunes de les normes més rellevants, principalment, les que han estat modificades. La primera d'aquestes és la norma 1, la primera de totes, que diu així:

Norma 1.

“El metge ha de tenir present que l'objectiu de l'exercici de la medicina és promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones, alleujar el dolor o els patiments causats per la malaltia, tenir cura dels pacients, recuperables o no, tractar d'evitar la mort que no és previsible i vetllar per una mort en pau.

El metge ha de considerar que la salut no és solament l'absència de malaltia, sinó també el conjunt de condicions físiques, psíquiques i socials que permeten la màxima plenitud de la persona, per tal que aquesta es pugui desenvolupar de manera autònoma.

El metge ha de tenir especial cura a combatre el dolor i el patiment de forma proporcionada a les necessitats de la persona malalta, emprant amb aquesta finalitat, sense excuses ni prejudicis, tots els mitjans al seu abast.”

Aquesta primera norma posa les bases als objectius de la medicina i els adapta a les necessitats del s XXI. L'adaptació parteix d'un document de treball, liderat des del Hasting Center per Daniel Callahan, en que a finals del segle XX, es va plantejar la pregunta de quines eren les finalitats de la medicina.

Nombrosos canvis s'havien produït en medicina en les dècades anteriors, tant pel que fa al diagnòstic com a terapèutica, i aquest grup de treball es plantejava si sols estaven canviant els mitjans en medicina sinó si també estaven canviant els objectius. En un dels articles publicats, es descrivia com *“els avenços ràpids de la medicina del segle XX han generat enormes problemes ètics, culturals i legals, i un nombre notable d'ells versen sobre allò que es creu correcte o incorrecte, bo o dolent, que la medicina faci per a les persones en nom de preservar o millorar la seva salut. La medicina científica moderna sembla haver elevat alguns objectius de la medicina, i la seva intenció de salvar i allargar la vida, per sobre d'altres objectius com cuidar o pal·liar el dolor o patiment.”*

Amb la intuïció que la Medicina estava canviant no sols els mitjans, sinó també els fins, es va crear un grup de treball multidisciplinari provinent de molts diferents països per intentar “repensar” quins havien de ser els objectius de la medicina per al segle XXI, per intentar donar resposta als enormes reptes, des de l’envelliment creixent i la cronicitat de la malaltia, amb canvis biotecnològics accelerats, i tot això amb augment d’expectatives i demanda en salut.

Tal com comenta el mateix autor, “La resposta més comuna als problemes de la medicina ha estat de naturalesa essencialment tècnica o mecànica... El discurs reformista sol estar dominat per debats sobre el paper de la privatització, l’existència o manca d’incentius, el control de la despesa i l’anàlisi cost-benefici, els mètodes de deduccions i pagaments compartits, la varietat de plans pressupostaris i organitzatius i els avantatges. Com a respostes al problema són comprensibles, i fins i tot valuoses, però resulten insuficients, ja que se centren principalment en els mitjans de la medicina i l’assistència sanitària i no en les finalitats i els objectius. Irònicament, el vigor del debat tècnic ha servit per emascarar la pobresa del debat sobre les metes i el rumb de la medicina”.

Aquests grups de treball van presentar un informe final que és el dels “Fins de la Medicina” especificant que cap d’ells té una preeminència sobre els altres ja que dependrà de les circumstàncies en què es trobin. Tanmateix, la Medicina té característiques tant globals com particulars, és a dir, que hi ha elements comuns a totes les cultures, però d’altres que són propis i únics de cada cultura i cal ajustar-los a les necessitats particulars.

Els fins descrits de la medicina són:

- 1. Prevenir les malalties i les lesions, promoure i mantenir la salut.** La Medicina va més enllà de l’atenció de les persones malaltes, i té un deure ineludible d’intentar prevenir que es produeixin malalties i també de promoure aquells comportaments que ja coneixem que tenen un impacte en una vida saludable.
- 2. Alleugerir el dolor i el patiment causats per la malaltia.** L’abordatge del dolor i també del patiment s’hauria d’entendre com un fi de la medicina per ella mateixa.
- 3. Curar dins de les possibilitats i tenir cura de tothom.** Curar dins de les possibilitats i oblidar aquest lema de “guarir sigui com sigui”. Gran part de les malalties del segle XXI seran malalties cròniques, que més enllà del concepte de curació, és important incorporar el concepte d’aprendre a viure amb la malaltia.
- 4. Evitar la mort prematura i la cerca d’una mort en pau.** Intentar evitar aquelles malalties o accidents que siguin prevenibles, intentant així disminuir les morts prematures, és un fi de la medicina, alhora que l’acceptació de la mort com a fet natural. Això últim suposa preparació, formació i experiència per aconseguir que les persones puguin morir en pau, entenent que això només es podrà assolir atenent totes les dimensions de la persona, biològica, psicològica, social i espiritual.

La primera norma del codi deontològic intenta recollir aquesta mirada sobre els fins de la medicina, de forma àmplia, plural i integral.

Bibliografia consultada.

- Callahan, D. (1996). The goals of medicine-setting new priorities. Hastings Center Report, 26(6).
- Hanson, Mark J., and Daniel Callahan, eds. The Goals of Medicine: The forgotten issues in health care reform. Georgetown University Press, 2000.

Implicacions jurídiques en l'exercici de la medicina

Dr. J. Corbella i Duch
Advocat

No hi ha dubte que hi ha interès per a conèixer les implicacions jurídiques que poden derivar-se de l'exercici de la medicina. I ho veiem, per exemple en la recent constitució d'una càtedra de Medicina Legal, Responsabilitat Civil Mèdica i Seguretat Clínica en la Facultat de Medicina de la UB amb l'objectiu de reforçar la docència, la recerca i la formació de la medicina legal i forense promocionant estratègies d'innovació.



Aquesta nova càtedra, dirigida pel Dr. Josep Arimany, vol integrar el món sanitari, acadèmic, empresarial (amb la col·laboració d'una entitat asseguradora de la responsabilitat civil en l'àmbit sanitari), i el professional.

Les notes de premsa publicades ens informen de que la nova institució acadèmica tindrà una dedicació especial a l'anàlisi de la responsabilitat mèdica, per així millorar la seguretat clínica així com la salut i qualitat de vida de la població, i caldrà esperar que aquests objectius siguin una realitat ben aviat.

Però no ens hem de quedar limitats a fer un anàlisi a posteriori de l'activitat mèdica, i dels efectes nocius i no volguts de la mateixa. Per a evitar aquestes situacions cal millorar i enfortir la formació jurídica d'aquells que es preparen a la Universitat per a l'exercici de la Medicina.

Vivim en una societat democràtica, i per això considero que és una obligació cívica tenir coneixement, tan com a nocions generals i suficients de les normes general que organitzen la societat en la que ens movem i actuem, i també ens cal tenir coneixement les que regulen l'àmbit professional.

No es tracta pas d'introduir un màster de Dret, comprimit, en els estudis de Medicina, sinó de donar informació suficient sobre legislació sanitària, i més en concret, sobre les normes que regulen l'estructura i organització dels serveis sanitaris, que podem trobar en la Llei General de Sanitat, de la cartera de serveis existent, i també sobre la dispensació i ús dels medicaments.

I recordar que una societat democràtica es fonamenta en el respecte dels demés, de la seva dignitat personal, de les seves conviccions i opinions, i aquesta actitud personal es complementa amb una actuació lleial i transparent. Ho podem resumir dient que no podem imposar la opinió pròpia, per molt benintencionada que sigui, sinó que, en tot moment, cal respectar la voluntat del malalt, de la persona que

acut demanant assistència, i escoltar la seva opinió.

Des d'aquesta perspectiva serà molt més fàcil explicar, i entendre, la funció del binomi informació/consentiment, que impregna tota l'activitat assistencial, assumint que és el malalt (també anomenat "pacient") qui decideix acceptar, o no, el tractament proposat, i que és la mare gestant qui decideix el lloc i la manera del part, tal com ens han recordat resolucions judicial molt recents, com les sentències del TC 66/22 i 11/23. Tot es més fàcil d'entendre si sempre tenim present que el metge té davant seu una altra persona. I és així com les normes sobre autonomia del pacient imposen la obligació d'informar i de demanar, sempre, el consentiment del malalt abans de qualsevol actuació mèdica que, en uns casos, la majoria, serà verbal, i en altres constarà per escrit, però sempre l'hem de trobar recollir en la història clínica.

Sembla que, en poc mes d'un foli, hem deixat constància de les característiques essencials de les normes sanitàries que imposen un exercici professional respectant l'autonomia del pacient, i correspon a l'àmbit acadèmic fer-ne un estudi més profund.

I, per si no és suficient cal incentivar actuacions professionals responsables i prudents. En aquest propòsit hi pot ajudar un bell poema de Joan Maragall, que porta per nom "Elogi del viure", que transcripció parcialment:

*Esforça't en el teu quefer
Com si de cada detall que penses,
De cada paraula que dius,
De cada peça que poses,
En depengués la salvació de la
humanitat.
Perquè en depèn, creu-me.*

La salud mental en los estudiantes de medicina, ¿la gran olvidada?

Pilar Roig Ferreruela

Estudiante de medicina.

Como estudiantes de ciencias de la salud, todos hemos vivido en algún momento ese instante de hipocondría en el que nos hemos auto diagnosticado un síndrome de Marfan, una leucemia o cualquier otra enfermedad, sobre todo las más raras e inusuales.

Sin embargo, solemos analizar los síntomas más físicos, enterrando el cansancio y la apatía en el día a día, o atribuyéndolos a la falta de sueño. En el 2011, se publicó un artículo sobre la prevalencia de la ansiedad y la depresión entre los estudiantes de medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile, de alarmantes resultados: el 39% presentó GHQ positivo y 25% tuvo BDI positivo (Santander T, 2011). Fueron esos datos los que impulsaron a la recolección de la opinión de cincuenta alumnos de medicina sobre la salud mental de los estudiantes.

La mayoría de los encuestados han respondido que consideran que sigue siendo un tema tabú, aunque menos que antes, y que está infravalorada. A pesar de que la importancia de su protección es hoy en día vox populi, gran parte de los estudiantes coinciden en que no sienten que la suya lo esté siendo.

«Creo que la salud mental no es buena debido el perfil de estudiantes (autoexigentes, perfeccionistas) y por la presión sobreañadida de la carrera», comenta uno de ellos. Más de uno destaca que la carga de trabajo, la poca recompensa ante el duro trabajo o la falta de horas para dedicarse a sí mismos y a su entorno les resulta, en ocasiones, inabarcable.

Respecto al papel de la universidad, mencionan que no sienten que esté demasiado involucrada. «Creo que depende en exceso del estudiante de forma individual, de cómo sepa

afrontar las cosas», añade una estudiante. «Se organizan charlas, pero no se ponen medidas para promover rutinas saludables». Cabe destacar que la universidad de Lleida lanza programas sobre salud mental, como las «píldoras informativas para afrontar los exámenes» o el curso «ALEGREMENTE ONLINE Mindfulness para cultivar la alegría», que se encuentra dentro del Programa de la Salud del estudiante de medicina de la Fundación Galatea.

Entre sus respuestas es recurrente la mención al bucle de desgaste perpetuo generación tras generación. «Hay profesores que se respaldan en que no podemos quejarnos de la carga de trabajo, que es el precio a pagar para ser médicos».

Entre las propuestas de mejora se encuentran aumentar las horas disponibles con la psicóloga que facilita la universidad, promover talleres sobre gestión emocional y del tiempo y tratar de disminuir la autoexigencia de los estudiantes en los cursos más inferiores, con charlas que reflejen el error como un aprendizaje y no un fracaso.

Me gustaría concluir con un comentario que realizó uno de los estudiantes: «el nivel de exigencia es alto y la salud mental pasa a un segundo plano». Si la salud mental, que es la esencia de nuestro bienestar, pasa a un segundo plano, ¿cómo vamos a poder cuidar de nuestros futuros pacientes?

—

Trabajos citados

Santander T, J. R. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49, 47-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100006>

Recordant Màrius Torres



A principis del segle XX, la tuberculosi era la Malaltia, en majúscules, amb una taxa anual oficial de mortalitat, de ben seguit infravalorada, de 300 per 100.000 habitants. A més, hem de tenir en compte que incidia particularment entre gent jove, procedents de les capes més humils de la societat.



Robert Koch va demostrar, a finals del segle XIX, que era una malaltia contagiosa i que es transmetia per via respiratòria. Malauradament, no disposàvem d'un tractament eficaç només comptàvem amb mesures preventives; entre elles, el confinament en sanatoris antituberculosos, sota unes condicions de vida molt rigoroses. Persones de gran vàlua hi varen estar ingressats durant períodes perllongats i, com una forma de combatre aquelles circumstàncies tan adverses, alguns varen aprofitar l'internament per a dur a terme una intensa activitat creativa.

Màrius Torres, un dels lleidatans més il·lustres del segle XX, en va ser un bon exemple. Com tots sabem, era metge, un metge que feia poesies, però la malaltia el va afectar de ben jove i pràcticament no va poder exercir. Va ingressar al sanatori antituberculós de Puig d'Olena als 25 anys, on hi va residir fins a la seva mort, 7 anys més tard. Allà, coincidint amb la Guerra Civil i l'exili del seus, aïllat de tot i de tothom, va voler-se fer sentir, aportar quelcom a la seva família, al seu país i a la seva cultura.

Es va rebel·lar contra les adversitats i va viure una vida molt dura, però rica, intensa i creativa, i va trobar en la literatura el suport personal i la forma de contribuir d'alguna manera a la seva societat. Ens ha deixat una rica correspondència, diversos escrits en prosa i sobretot una poesia d'una sensibilitat exquisida.

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida, a través de la secció de Metges Jubilats, entre els actes del centenari del seu naixement, va voler recordar la seva figura amb, entre d'altres actes, una visita als llocs que varen constituir el seu exili particular i la seva font d'inspiració: el sanatori de Puig d'Olena, el Mas Blanc i el poble de Sant Quirze Safaja on es troba la seva tomba. L'historiador Salvador Escudé ens va il·lustrar durant el viatge amb nombroses dades biogràfiques i anotacions literàries. Va resultar una visita d'un gran valor cultural i personal.

Dr. Miquel Falguera

Protecció asseguradora personalitzada per als col·legiats del COMLL



A Medicorasse, corredoria col·laboradora del COMLL especialitzada en assegurances per a metges, oferim als col·legiats una revisió d'assegurances amb l'objectiu de mantenir les cobertures asseguradores adaptades als riscos i les necessitats del moment.



Assessorament personalitzat
a la seu del COMLL



Anàlisi
de riscos



Optimització de les
cobertures contractades



Proposta adaptada a
les necessitats actuals

Sol·licita una revisió gratuïta d'assegurances



Rambla d'Aragó, 14. Pral.
25002 Lleida



973 270 811
900 10 49 69



medicorasse@med.es



medicorasse.med.es

Professionals al servei de professionals

El COMLL actua com a col·laborador extern de Medicorasse, Corredoria de Seguros del CMB, SAU, NIF A-59-498220. Domicili social: Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona. Inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al tom 20624, foli 211, full número B-10481, inscripció 1a, amb clau DGSFP J0928. Pòlissa de responsabilitat civil i capacitat financera d'acord amb el Llibre II del Real Decret Llei 3/2020, de 4 de febrer, que transposa la Directiva (UE) 2016/97, de 20 de gener, sobre la Distribució d'assegurances.

Humanitats i medicina: dos propòsits per un mateix fi

M. Antonia Lafarga Giribets i
Eduard Peñascal Pujol

“ Quien solo sabe de medicina, ni de medicina sabe “. Fa dos segles el Dr Letamendi va emmarcar amb aquesta frase la essència humanística de la nostra professió. I amb aquest esperit des de l'any 2017 es va engegar en un nou format l'assignatura de Medicina y Humanitats a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, que ha estat impartida des de les hores i fins l'actualitat per Eduard Peñascal i M. Antonia Lafarga (professors associats del Departament de Medicina i especialistes en Medicina Familiar i Comunitària), tot i que abans el Dr Jorge Soler havia estat l'impulsor de l'assignatura d'humanitats. L'assignatura actualment s'ofereix de manera optativa per a alumnes, principalment de 3r curs.

Com a docents hem volgut fugir des del nostre inici de la teorització excessiva (que pot provocar una paràlisi per l'anàlisi en moltes ocasions), del power-pointisme, dels dogmes i sentències perquè som de l'opinió que els alumnes tenen un bagatge experiencial propi que enriquit amb les ofertes formatives i la seva creativitat fa que puguin dur a terme un constructivisme reflexiu molt potent. Per tal, podríem parlar d'un aprenentatge centrat en qui aprèn.

Els objectius fonamentals de l'assignatura estan dirigits a saber com integrar els valors intrínsecs de la professió amb una actitud de compromís humanístic orientada als ciutadans: aprenent a explorar les seves narracions, a interpretar les emocions en el mateix context de la relació entre metgesses i pacients (entrenant-se per desenvolupar actituds empàtiques i d'escolta activa en un marc de model holístic). Obrir un debat per treballar la tolerància i el respecte amb les múltiples perspectives que les persones transmetem, sensibilitzar-ne en el reconeixement de les múltiples iniquitats, descobrir i analitzar com influeixen les diferents condicions de vida que molts cops argumenten els propis estils de vida i de pensament, saber entendre i gestionar el patiment dels pacients i la seva transferència cap a nosaltres, els professionals. Fins i tot, es treballa fent l'exercici d'un anàlisi transaccional en la pròpia relació de alumnes i docents.

La finalitat d'adquirir aquestes habilitats és donar una atenció al pacient en totes les esferes vitals i alhora facilitar i motivar una autocura de la pròpia salut com a professionals.

Amb tot això, el que volem aconseguir en aquesta assignatura és que l'alumne tingui una visió més ampla del que suposa ser metge/sa. Ja deia Hipòcrates que “Un bon metge és el que s'equivoca rarament, però el perfecte és el que reconeix les seves errades”

L'assignatura no té classes magistrals ni exàmens teòrics. Treballem amb una avaluació continuada, tasques fetes pels alumnes, classes invertides, treball per projectes, debats formals e informals i practiques reflexives. Els propis alumnes son els que construeixen les classes a partir dels temes abans esmentats i proposats pels professors. Cal introduir elements de reflexió al coneixement i de raonament mèdic que adquireix l'estudiant per ajudar a comprendre la vivència subjectiva de la malaltia, quasi sempre amb el rerefons del professionalisme mèdic: La visió de la professió mèdica des de la formació acadèmica a la capçalera del pacient.



L'eix central de cada activitat és el Respecte. Es permet debatre, parlar, discrepar, comentar tots els temes però sempre dins del respecte per un mateix, per l'opinió dels companys i per la narració que s'explica. Les classes no són gens convencionals, els estudiants es senten en rotllana per poder veure's les unes a les altres. Per donar l'oportunitat de treballar d'una manera participativa i tenir una continuïtat, les classes no han de sobrepassar en nombre 30-35 alumnes i la assistència presencial és obligatòria almenys en un 80%. Aquesta obligatorietat ha acabat essent relativa perquè la major part dels alumnes acaben assistint a més del 90% de les classes cada curs.

Els diferents temes centrals de cada sessió van des de l'evolució de la figura del metge/sa al llarg del darrer segle, del metge/sa més humanista al més tecnològic. Un tema a treballar és també la vivència de la malaltia per part del propi metge o metgessa i/o la dels seus propers.

S'introdueix i debat el concepte de segones víctimes, que ajuda a veure als estudiants com el metge/sa pot emmalaltir pel fet de treballar amb pacients que pateixen i de com s'adquireixen vincles afectius amb ells. Es treballa el què significa i pot comportar pel seu benestar emocional ser víctima de les seves pròpies errades.

Un tema cabdal de la nostra professió és l'equitat i la compassió: com tractem als pacients amb malalties cròniques, amb discapacitats, amb diferents nivells d'instrucció i una multidiversitat cultural, amb diversitat de gènere, amb problemes de salut mental afegits o fins i tot com abordem els canvis físics i sensorials amb la gent gran, com gestionar i no afavorir les iniquitats (amb una activitat a l'aire lliure anomenada la cursa de les iniquitats).

Una altra de les activitats és la trobada amb persones que han patit una malaltia i alhora presenten alguna discapacitat. És una activitat que els alumnes agraeixen molt ja que durant aquestes hores són lliures de preguntar a pacients reals com han viscut ells la malaltia, quin impacte social estan tenint, com creuen que el sistema sanitari els ha tractat, quina experiència tenen... La classe es desenvolupa en l'espai Femsalut a on ens trobem amb pacients de l'Associació Ictus i és una de les classes més ben valorades perquè de vegades és el primer contacte que tenen amb pacients "de veritat" i que expressen de manera oberta i franca totes les dimensions de les seves experiències.



I que ens passa quan els pacients són els infants? Com entendre el seu pensament, les seves expectatives? De quina manera explicar/informar de les seves malalties o dels pares i/o padrins? I la diversitat de gènere i dels nombrosos tipus de famílies? Una contacontes ens ajuda i ens il·lustra com els contes poden ser un mitjà fantàstic per explicar allò que ens costa als més petits. “L’avia necessita petonets”, “La Carla és ara la nostra estrella” són alguns dels contes que es treballen a la classe.

A partir de l’experiència acumulada aquests 7 anys, hem treballat necessitats detectades i expressades pels alumnes sobre la seva salut emocional. Es descriuen a si mateixos com “estressats, desbordats per la feina”, de vegades relaten escenes viscudes durant les pràctiques assistencials que els sobten pel tracte dispensat als pacients o inclús pel tracte rebut ells com a alumnes. Per tal de poder ajudar a gestionar aquests sentiments, es facilita el poder parlar amb metges/ses que actualment estan realitzant la residència a Lleida i, que en casos, han estat alumnes de la mateixa Facultat. El trobar algú que ha passat recentment per la mateixa situació que es troben ells ara, que els pot explicar com ho han gestionat i què es trobaran un cop facin el salt des de Facultat al món laboral ha estat de gran ajuda per a tots. A partir de sessions de debriefing i altres amb participació de metges i metgesses residents conduïm i facilitem la gestió més eficaç d’algunes emocions i sentiments.

Per grups realitzen i presenten un treball basat en projectes sobre algun dels valors de la professió sanitària i, a partir de la presentació d’un recull bibliogràfic actual construeixen dinàmiques de treballs que cada grup porta a terme i en el que participen tan els alumnes com els professors presents en l’aula amb una avaluació al final de cada sessió.

I si parlem del respecte, a on millor demostrar aquest respecte que en un debat d’un tema proposat pels mateixos alumnes en el que han de defensar postures a favor i en contra (encara que no siguin les pròpies), s’han de documentar sobre el tema a debatre i han de controlar temps, emocions que el mateix debat genera. És una activitat especial, on aprenem a debatre, saber escoltar i arribar al diàleg.

En totes les experiències formatives expressades anteriorment utilitzem relats, fragments de llibres, articles de premsa o de les xarxes socials, clips audiovisuals, role-plays i alguna dramatització, i com hem dit abans, els propis alumnes creen metodologies de tipus gamificació per poder reflexionar i debatre diferents valors essencials de la professió.

El contingut de l’assignatura ha anat variant en aquests cursos gràcies sobretot a la pràctica reflexiva final que realitzen els alumnes. En ella expliquen què els hi ha aportat el treball fet a les activitats, quins canvis els hi ha generat en el seu paradigma inicial, fan propostes d’innovació, canvis o reforcen els temes que han estat treballant. I la major part d’ells i elles, i es repeteix en gairebé tots els cursos, proposen que l’assignatura sigui troncal/obligatòria per a tot el grau.

Com a docents en aporta molt respecte pels alumnes, augmenta el nostre nivell de tolerància i aprendre a argumentar i opinar amb més respecte, renovem una part important del nostre professionalisme, i perquè no dir-ho consolida la nostra vocació i creença en la nostra professió.

Essers humans tractant amb esser humans, entenem cada cop més per què és una de les millors professions del món.

—

La Formació Sanitària Especialitzada en medicina familiar i comunitària. D'on venim i cap a on anem?



↑ Nous residents (R1) de la Unitat Docent en l'acte de pressa de possessió de la plaça el 23 de maig del 2023



Josep Montserrat Capdevila.

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Doctor en Ciències de la Salut, PhD. Cap d'estudis de la UDM d'Atenció Familiar i Comunitària de Lleida.

De manera cíclica, els mitjans de comunicació s'omplen de titulars que fan falta metges. És un tema que preocupa, però també ens ocupa. I cal, primer, saber d'on venim per dibuixar un nou escenari.

A l'estat espanyol, l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària (MFic) apareix reconeguda com a tal en el Reial Decret 3303/1978. El 1979 començaren la seva formació els primers 462 residents. El programa formatiu (POE), vigent actualment, va ser elaborat per la Comissió Nacional de l'Especialitat, aprovat pel Ministeri de Sanitat i Consum, i publicat al Butlletí Oficial de l'Estat (BOE) de 3 de maig del 2005. Actualment, el Ministeri està en fase de revisió de les esmenes al nou POE del que se n'espera, entre altres avenços, un major temps de formació del MIR per l'Atenció Primària.

Històricament, la formació del sistema MIR a l'estat espanyol, i a Catalunya en particular, ha estat ben valorada des dels seus inicis, gaudint sempre d'una bona salut i el seu prestigi ha transcendit les fronteres espanyoles i catalanes,

havent aconseguit la formació sanitària especialitzada a casa nostra, un tret distintiu de qualitat de ressò internacional.

La MFic esdevé una especialitat transversal, completa i exigent. Com esmenta Miguel Melguizo, especialista en MFic, en el seu article "*La Medicina de Familia es para inteligentes. Un acercamiento a su complejidad*", el perfil professional de MFic que demanda la societat i el sistema sanitari exigeix una complexitat elevada, "un virtuos compendi d'intel·ligència cognitiva i emocional". És un tipus de professional que ha de comptar amb múltiples capacitats i habilitats per abordar la salut i la malaltia des d'una perspectiva biopsicosocial i no dirigir-se al problema, sinó a la persona, essent un equilibrista en la gestió de la incertesa -inherent a cada acte mèdic-. La MFic anteposa

la relació clínica a la tecnologia, l'empatia a la rigidesa diagnòstica i la compassió a la incertesa de curació. Tanmateix, la longitudinalitat i proximitat, com a trets distintius de l'especialitat, "obliga a una gran fortalesa emocional del professional", ja que l'atenció sanitària a llarg termini pot desembocar en "errors clínics, desavinences amb familiars o a una falta de resposta a la precarietat social". Melguizo conclou que "la MFiC suposa un repte descomunal i una eterna exigència de competència i implicació. Una especialitat que, per la seva complexitat, ofereix una constant incomoditat, bastant felicitat i una completa comprensió del sentit de la professió mèdica" sentenciant que "la MFiC treballa amb cossos i sentiments, amb evidència científica i atencions, amb abraçades i sofriments".

Tanmateix, aquesta especialitat tan humana, propera, integral, completa i robusta cridada a ser elegida per a persones que volen formar-se com a especialistes a servir altres persones, ha sofert en els darrers anys una tendència progressiva a la baixa en la demanda en l'adjudicació de les places MIR. En contraposició, l'oferta de places MIR en MFiC en els darrers 6 anys, ha anat augmentant progressivament passant de 1.810 el 2018 a 2.455 l'any 2023 (un increment del 35,6% en 6 anys). El 28,7% de les places MIR de la convocatòria 2023 ha estat de MFiC. Existeix, doncs, una antítesi entre l'increment de les places convocades pel Ministeri atenent a la demanda de la societat, i l'interès que els suscita l'especialitat als futurs MIR. En aquest sentit, la SEMFyC, el març d'enguany, va llençar una campanya per atraure l'especialitat als 11.000 aspirants a plaça de MIR².

Els motius són variats i inclouen diferents estaments, i tot i que la

seva anàlisi no és objecte d'aquest article, tal com detallen Remedios Martín, presidenta de la SEMFyC, i Antoni Sisó-Almirall, president de la CAMFiC, cal posar l'accent en la Universitat. Per a Martín, "l'explicació a aquest assumpte passa per l'escassa presència de la MFiC a les Facultats de Medicina i els programes de grau de Medicina" afegint que "el que no es coneix, no es pot elegir"². Per la seva part, Antoni Sisó-Almirall en el seu article "Dia mundial de la medicina familiar i comunitària"³ -publicat el 19 de maig de 2023-, reflexiona sobre "Quines raons indueixen les nostres joves a triar Medicina com a futura professió?" i "com algunes respostes les trobem a la societat: sèries televisives de grans mitjans de comunicació, tecnologia, procediments quirúrgics espectaculars, nous descobriments, salvar vides, prestigi social, entre altres, tenen un gran poder seductor." Certament, durant els 6 anys de grau el model d'aprenentatge a la Facultat és on "s'ensinistra a les nostres futures professionals a classificar, explorar, diagnosticar, intervenir i tractar centenars de malalties" i considera que "les facultats de medicina hauran de ser espais per reinterpretar la professió mèdica, humanitzar-la, i influir decisivament perquè la medicina familiar i comunitària pugui exercir una funció educativa: perquè l'especialitat més important per al sistema sanitari haurà de ser l'especialitat més important a les Facultats" conclouent que per revertir aquesta tendència és necessari "explicar diferent la professió, començant en l'accés al Grau universitari." En aquest sentit, la Unitat Docent i la Direcció d'Atenció Primària ICS-Lleida estem presents en les reunions amb la UdL per dissenyar un nou model de mentoratge, el qual s'està impulsant des del Centre Corporatiu de l'ICS i que, progressivament, s'està implantant a les diferents Facultats

de Medicina del nostre país. Aquest model proposa que des del primer curs de medicina (i fins a acabar el grau), l'estudiant passi consulta un dia al mes, amb un mateix especialista en MFiC, qui farà de mentor.

Així, doncs, d'entre tots els factors que explicarien aquesta situació, la SEMFyC i la CAMFiC posen l'accent en l'actual model universitari, però els motius, al meu entendre, són múltiples i molt heterogenis. Per citar-ne alguns: l'avenç de la tecnologia que té a veure amb la subespecialització (*per ende*, menor necessitat de saber gestionar la incertesa) a què aspiren cada cop un major nombre de futurs MIR, i que fa que una medicina transversal com és la MFiC sigui menys atractiva; els mitjans de comunicació i la societat: durant la pandèmia de la COVID19, aquests van posar el focus en mostrar uns professionals sanitaris d'Atenció Primària esgotats, els quals reivindicaven un excés de tasca de gestió burocràtica i que, sens dubte, ha influït negativament en el futur MIR a l'hora d'elegir plaça en MFiC; altre cop em refereixo a la importància dels mitjans de comunicació a l'hora de fer-se ressò d'avenços i nous descobriments, la gran majoria ho fan dins l'àmbit hospitalari. Alhora, pertoca reflexionar sobre el valor/reconeixement que dona la mateixa societat a la figura de l'especialista en MFiC enfront de l'especialista hospitalari i altres factors com l'infrafinançament crònic de l'Atenció Primària, el model sanitari hospitalocèntric, entre d'altres.

A Lleida, fa anys que l'àmplia majoria de MIR en MFiC provenen de fora Catalunya. Aquest fet explica, en bona part, que al finalitzar l'especialitat la gran majoria decideixin retornar als seus llocs d'origen. Actualment, la

Unitat Docent ofereix 16 places de formació en especialista en MFiC i hi ha una voluntat ferma en ampliar l'acreditació de noves places, la qual, en el moment actual, es troba limitada per la capacitat docent hospitalària. Lleida conforma una de les Unitats Docents (UDD) de la tercera corona (juntament amb les UDD de Tarragona, Terres de l'Ebre, Baix Empordà i Girona), i aquest fet dificulta encara més que els futurs MIR elegeixin Lleida com a destinació per realitzar la residència. El clima, la localització geogràfica, l'oferta sociocultural i lúdica de la ciutat no pot competir amb Barcelona, que resulta una ciutat més atractiva encara que la qualitat docent de l'itinerari formatiu dels MIR a Lleida esdevé ben valorada. La Generalitat de Catalunya, conscient de la dificultat de les UDD més allunyades de Barcelona per a atraure residents de MFiC, des de l'any passat, incentiva amb 9.000 EUR/any els MIR en MFiC de les UDD de la tercera corona i en 7.000 EUR/any els de la segona Corona. Els MIR de Barcelona i de l'àrea metropolitana són incentivats, pel fet d'haver escollit l'especialitat MFiC, amb 5.000 EUR/any.

El passat 7 de maig va finalitzar el termini d'adjudicació dictada pel Ministeri, en primera convocatòria, de les places MIR en MFiC. A Catalunya restaren desertes 36 de les 373 places convocades. En la primera volta, es van cobrir les següents places de les UDD amb vacants: el 93,8% de les places de MFiC de Lleida; el 92,3%, de Tarragona; el 86,8% de les de Girona; el 78,9%, de la Regió Metropolitana Nord; el 70,6% de les de Catalunya Central i el 41,7%, de les del Baix Empordà varen ser cobertes. En convocatòria extraordinària, l'11 de maig va finalitzar l'elecció en segona volta i van quedar 131 vacants a l'estat espanyol (Navarra ha estat la

Comunitat més afectada, amb un 40% de vacants). A Catalunya, 8 places desertes: 5 places a Catalunya Central, 1 a Girona i 1 a la UD del Baix Empordà.

Tot i això, s'ha de tenir en compte que l'actual sistema d'adjudicació de places implantat pel Ministeri des de la pandèmia (asíncron) afavoreix les no incorporacions i les renunciacions. Com l'any passat, el nombre de renunciacions en MFiC és notori. Enguany, a Catalunya, 43 MIR en MFiC no varen prendre possessió de la plaça el 23 de maig (les UDD més perjudicades van ser: 25% de no incorporacions a Catalunya Central, 14% a Girona; 11,5% a Tarragona).

En clau particular, enguany a Lleida hem de celebrar que 5 de les 16 places adjudicades en MFiC han estat per a veïns/es de Lleida (tots/es llicenciats/des a la UdL). També, 5 de les 8 infermeres internes residents (IIR) en Atenció Familiar i Comunitària (AFiC) són diplomades per la UdL, essent 4 veïnes de Lleida. Aquest fet facilita que els/les futurs/es especialistes es quedin al territori a exercir la professió retornant a la societat la inversió que aquesta ha destinat en la seva formació.

A tall de síntesi, i citant paraules de Verònica Casado i Remedios Martín, "la medicina de família mai ho ha tingut fàcil, però la força dels seus metges i metgesses ha redreçat l'especialitat i el sistema".

Als nostres residents cal esperonar-los dient-los que: el futur és vostre i per molt que bufi el vent, no s'apaguen les estrelles; només cal col·locar bé la vela. Estic convençut que la medicina familiar i comunitària, amb l'esforç de tots i totes, recobrarà amb el temps el reconeixement social que es mereix.

—

Bibliografia:

- 1- "La Medicina de Familia es para inteligentes. Un acercamiento a su complejidad". Miguel Melguizo. AMF col 19. Núm 3. ISSN 1699-9029
- 2- www.semefyc.es/campana-semefyc-impulso-especialidad-familiar/
- 3- Sisó Almirall A. Dia Mundial de la Medicina Familiar i Comunitària, en el 2023. But At Prim Cat 2023;41:2.
- 4- www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/159-medicos-rechazan-su-plaza-mir-de-familia-dejando-290-desiertas-en-2023-6113

El camp de cancerització

Drs Josep M Casanova^{1,3,4}, M^a Reyes García de la Fuente⁵, Felip Vilar-dell^{2,3,4}, Eloi Garí^{3,4} y Rafel Aguayo^{1,4}

¹Servei de Dermatologia i ²Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

³Universitat de Lleida

⁴IRB Lleida

⁵Servei de Dermatologia. Hospital Broggi. St. Joan Despí

Les queratosis actíniques (QA) i els carcinomes de queratinòcits (CQ): carcinoma basocel·lular (CBC) i escatós (CEC) constitueixen un dels principals motius de consulta dermatològics tant en l'atenció primària com en dermatologia i s'estima que la seva incidència continuarà augmentant en els propers anys¹. A Espanya, més d'una quarta part de la població ambulatoria a partir dels 50 anys pateix alguna d'aquestes patologies². Les taxes més altes es detecten a Austràlia, una regió amb un índex d'insolació elevat, repoblada principalment per població anglosaxona, de fototipus baixos (I-II), i amb una capa fina de la pantalla d'ozó. Allí es va detectar que, entre individus de 60 a 69 anys, la prevalença aproximada va ser del 79% en homes i del 68% en dones³. A les consultes de dermatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, on es fan unes 23.000 visites a l'any, les queratosis actíniques i els carcinomes epitelials van representar el 2019 més del 30% del total del nombre de visites.

El diagnòstic de les queratosis actíniques és clínic. Es presenten com a pàpules queratòsiques, "rasposes", amb un tacte similar al paper de vidre⁴, que solen mesurar 0,3-0,5 mm i que es detecten fàcilment per palpació. Solen ser múltiples (**Figs 1 i 2**) i poden ocasionar prujia o discret dolor. Assenten sobre pell amb



↑ Figura 1. Clínica de las queratosis actínicas. Pápulas queratósicas, de tacto rasposo característico, sobre piel con daño actínico

dany actínic i es produeixen per una elevada radiació solar acumulada, apareixent gairebé exclusivament en zones fotoexposades (front, galtes, pavellons auriculars i el dors de les mans). Actuen com a carcinògens tant la radiació UVB (especialment a les QA i els CEC), com els raigs UVA (més responsables del CBC)⁵. Predominen en pacients de pell clara (en el nostre medi fototips II i III) que han estat exposats al sol per la seva feina (agricultors i ramaders, paletes, marins) o per motius recreacionals (pràctica d'esport a l'aire



↑ Figura 2. Múltiples queratosis actínicas en zonas fotoexpuestas de la cara en una paciente de edad avanzada con fototipo II

lliure o banys de sol a la piscina o a la platja). Altres factors de risc són els antecedents d'haver tingut múltiples cremades solars durant la infància o la joventut, l'edat avançada (>50 anys)⁶ i probablement la ingesta de fàrmacs fotosensibilitzants (amiodarona, diltiazem i diürètics tiazídics)⁷.

S'està detectant una veritable "epidèmia", un increment continuat de la incidència de QA i CEC a causa de l'esperança de vida més llarga de la població i, per tant, de la quantitat d'irradiació solar acumulada. La immunosupressió també afavoreix l'aparició de QA múltiples i el desenvolupament de CEC, i aquest és més agressiu i amb més capacitat metastàtica⁸. L'elevada prevalença d'aquestes lesions implica un cost sanitari elevat. A Austràlia, la despesa mitjana d'un CQ per a l'SNS va ser de 2.126\$/persona⁹. Si l'extrapolem a l'ICS (7 milions d'habitants) significa una despesa entre 150 i 300 milions d'euros. Aquest cost és similar al destinat al tractament d'una malaltia crònica com ara la diabetis o la

hipertensió. La inversió pública en programes de prevenció i detecció precoç del càncer de pell pot tenir una repercussió important per a la salut a més de beneficis econòmics¹⁰.

Es calcula que aproximadament el 8-10% de totes les QA progressen a CEC invasius¹¹. Són en realitat un veritable carcinoma escatós *in situ* i representen un dels punts de partida d'un *continuum* de carcinogènesi que finalitzaria al CEC invasiu¹². A una suposada queratosis actínica que sigui més persistent, hipertròfica, de base infiltrada o que canviï en poques setmanes s'ha de fer biòpsia. Els criteris de sospita de devolució a CEC es reflecteixen a la **taula I**.

Histològicament s'aprecien queratinòcits atípics, pleomòrfics, que poden ocupar el terç inferior de l'epidermis (KIN-1, per la seva equivalència amb la carcinogènesi del càncer de cèrvix), els dos terços inferiors (KIN-2) o bé arribar fins a les capes superiors (KIN-3)¹³.

De vegades costa diferenciar-les de l'èczema seborreic, la psoriasi, les tinyes o el lupus eritematós (totes elles es presenten com a pàpules eritematodescamatives).



↑ Figura 3. Dermatoscòpia de les queratosis actíniques. Imagen en fresa

DERMATOSCÒPIA

La QA mostra quatre característiques dermatoscòpiques que conformen l'anomenat "patró en maduixa": 1) fons eritematós interromput per

fol·licles pilosos, que dona lloc a una xarxa de cercles blancs sobre un fons vermell; 2) escates blanques o blanc-groguenques; 3) vasos primis i ondulats (rectes o en espiral) que envolten els fol·licles pilosos; 4) fol·licles pilosos plens de taps queratòsics groguencs, envoltats per un halo blanc¹⁴ (**Fig 3**).

CRITERIS DE DERIVACIÓ

La major part de les queratosis actíniques poden ser diagnosticades i tractades pel metge de família. Els criteris de derivació al servei de Dermatologia s'exposen a la **taula II**.

EL CAMP DE CANCERITZACIÓ

Es va descriure el 1953, en identificar-se atípia en el teixit clínicament normal que envoltava alguns carcinomes orofaríngeus. Seria el responsable de l'aparició de nous tumors a l'àrea que envoltava el tumor primari i explicaria perquè els CEC de la cavitat oral són tan recidivants¹⁵. La teoria del camp de cancerització suposa que, després d'exposicions cancerígenes repetides, tot l'epiteli oral i del tracte aerodigestiu superior té un risc més gran de desenvolupar lesions premalignes i malignes a causa de les múltiples mutacions genètiques que alberga¹⁶.

El mateix passa a la pell. El camp de cancerització cutani fa referència a la pell amb dany actínic crònic que envolta les àrees amb queratosis actíniques o un CEC. A la pell no es detecten canvis morfològics significatius o únicament un discret eritema, però, a l'interior del camp, es detecten grups de cèl·lules preparades per al càncer, portadores d'algunes de les mutacions típiques de les cèl·lules malignes^{17,18}. Són àrees de pell que han estat exposades durant llargs períodes de temps a la radiació ultraviolada. A la biòpsia es detecten proliferacions clonals de cèl·lules amb p53 mutat¹⁵, els "pegats intraepidèrmics p53+" (es tenyeixen amb p53 per

immunohistoquímica). Tenen mutacions en múltiples gens relacionats amb el CEC, les mateixes que s'observen en lesions precanceroses, però que no es detecten en altres àrees de pell exposada al sol¹⁹. A l'interior d'un camp de cancerització es poden desenvolupar múltiples queratosis actíniques i/o CEC. Les mutacions detectades són les mateixes que es produeixen a l'ADN per dany solar, els dímers de ciclobutà de pirimidina²⁰.

Aquest fenomen s'ha descrit igualment en altres teixits epitelials com els carcinomes gastrointestinal²¹, de pulmó²², de mama²³, de pròstata i de bufeta.

TRACTAMENT DE LES QUERATOSIS ACTÍNiques I DEL CAMP DE CANCERITZACIÓ

Entre les teràpies per a les QA i els seus "camps de cancerització" hi ha tècniques destructives dirigides a eliminar les lesions (crioteràpia, curetatge i electrocoagulació), que són efectives per a les QA visibles, però que no són útils per al camp de cancerització. Amb aquests tractaments solen continuar apareixent noves lesions, amb taxes de recurrència elevades. Les teràpies dirigides al camp de cancerització no només eliminen la majoria de QA visibles, sinó que també curen les lesions subclíniques, reduint-se l'aparició de noves lesions a l'àrea ja tractada i el desenvolupament ulterior d'un CEC invasor. La majoria de guies actuals reconeixen la importància de tractar el camp de cancerització, cosa que s'ha de transmetre al metge de família i als pacients²⁴. Les teràpies destructives dirigides a les lesions són especialment útils a les lesions hipertròfiques, hiperqueratòsiques, que no responguin als tractaments tòpics. La teràpia del camp és l'enfocament més lògic per a la prevenció del càncer i és més eficaç en el tractament primerenc del procés de cancerització, fins i tot abans de l'aparició de les QA.

Per escollir el tractament més adequat es tenen en compte el nombre de QA i de CEC que hagi tingut el pacient, cosa que ens informa de com està d'evolució el camp de cancerització. També es valora l'eficàcia de les diferents teràpies, el cost, els efectes secundaris i les preferències del metge i el pacient. El tractament no s'hauria de limitar a les lesions de QA visibles o palpables, sinó que s'hauria d'estendre al camp de cancerització per eliminar els queratinòcits atípics de tota l'àrea¹⁸. Aquestes teràpies solen produir irritació, de vegades intensa, però són millor tolerades pels pacients amb múltiples lesions²⁵.

S'ha de diferenciar entre a) pacients amb lesions aïllades (≤ 3), b) lesions agrupades en àrees petites o c) grans camps de cancerització afectats amb un nombre elevat de lesions.

a. En cas de lesions aïllades (≤ 3), indicarem un tractament destructiu i comentarem amb el pacient el concepte del dany solar crònic i del camp de cancerització. Preferentment es realitza crioteràpia amb nitrogen líquid, consistent en 2 o 3 polvoritzacions d'uns segons de durada, fins aconseguir la congelació amb 2-3 mm d'halo (el temps de polvorització és variable ja que depèn de la pressió exercida sobre el disparador i del diàmetre de l'orifici de sortida). Cal advertir que la crioteràpia és dolorosa i pot deixar cicatrius hipopigmentades. Si alguna lesió planteja dubte amb CEC incipient s'ha de prendre mostra del teixit per a biòpsia, mitjançant curetatge (legrat amb cullereta) més electrocoagulació, o "afaitat" amb bisturí²⁶.

b. En cas de més de 3 lesions agrupades en una petita àrea, és preferible un tractament mèdic que abordi les lesions clíniques i les atípies subclíniques (el seu camp de cancerització)²⁶. Disposem de 5-fluorouracil (5-FU), imiquimod, diclofenac sòdic i teràpia fotodinàmica

(TFD), que poden administrar-se de forma seqüencial o combinada segons vagi evolucionant la malaltia. Si en el curs d'aquesta apareixen QA resistents o hipertròfiques es pot fer un tractament destructiu i si es desenvolupa algun CEC invasor s'ha de fer extirpació amb bisturí de la lesió el més precoçment possible²⁷.

b1. 5-FU 5% (50 mg/g), s'aplica una capa fina c12-24h durant 15-20 dies sobre les lesions clínicament visibles (no hipertròfiques) i 0,5 cm més enllà durant 2-4 setmanes. És un dels tractaments més consolidats i efectius per a la remissió de les lesions i del camp de cancerització que les envolta. Sol produir irritació que pot ser intensa, amb eritema, coïssor o dolor, tant de la lesió com del camp que l'envolta, ja que posa de manifest les lesions subclíniques. De vegades obliga a suspendre temporalment el tractament, reprenent-lo quan les molèsties remetin.

b2. Alternativament es pot indicar Imiquimod al 5% (50 mg/g), que cal aplicar c24h 3 cops per setmana, durant 4-16 setmanes. Amb un sobre unidosi es pot cobrir una àrea d'uns 10 cm², que inclogui tant les QA com el camp de cancerització. De vegades pot produir una important reacció inflamatòria, fins i tot amb necrosi cutània, cosa que cal advertir al pacient. Aquesta reacció cedeix en 7-10 dies sense deixar cicatriu. També es comercialitza imiquimod al 3,75% que s'aplica cada nit durant 15 dies consecutius, posteriorment es descansa 15 dies i es torna a aplicar 15 dies seguits més²⁸.

b3. Diclofenac sòdic gel 30 mg/g, estenent una capa fina per una superfície de no més de 5-10 cm² de l'àrea afectada c12h durant 3 mesos. És fotosensibilitzant per la qual cosa cal evitar el sol durant el tractament o fins i tot escollir una altra alternativa durant l'estiu. Elimina les lesions visibles amb un curs de 90 dies de tractament en pacients amb àrees afectades extenses²⁹.

c. En cas d'un nombre elevat de lesions envoltades de camps de cancerització amplis (cuir cabellut calb, zones extenses de les galtes o els braços) és preferible fer tractaments per quadrants. Per fer-ho, es divideix mentalment l'àrea en seccions d'aproximadament 10 cm² i es tracta amb qualsevol dels règims anteriors. Als 15 dies de finalitzar una secció, se'n comença una altra, repetint el procés fins a finalitzar tota l'àrea. Aquests pacients amb dany actínic sever i fototips clars requereixen una vigilància estreta c3-6m pel risc elevat de desenvolupar CEC invasor. En aquests casos també es pot introduir la teràpia fotodinàmica (TFD), amb la qual es produeix la mort dels queratinòcits mitjançant un mecanisme de fototoxicitat. Per això s'utilitzen derivats porfirínics³⁰. Uns 30' després de l'aplicació d'una capa fina d'un fotosensibilitzant com l'àcid 5-aminolevulínic (AAL) o l'àcid manilvandèlic (AML), a la QA i en uns 2 cm al voltant, la pell s'exposa a una font artificial de llum ultraviolada^{31,32}. Tots dos fotosensibilitzants tenen una efectivitat similar i aconseguen l'eliminació del 81-85% de les lesions a les 16 setmanes després de 2 cicles de teràpia³³. Els principals efectes adversos són el dolor i una fotosensibilitat persistent. Entre els seus avantatges destaca que es poden aplicar en àrees extenses en una sola sessió (fins i tot el cuir cabellut) amb bons resultats cosmètics³⁴. S'ha comprovat igualment que l'efectivitat és semblant si l'aplicació se segueix de llum de dia i que aquest procediment és menys dolorós³². Per al tractament d'àrees petites (<10 cm²), el tractament amb AML és l'opció més cara (1 tub de 2 gr 208€), però en àrees més grans el producte és una mica més cost-efectiu, tenint en compte que calen només 1-2 dies per al tractament de tot el cuir cabellut o tota la cara³⁵.

Els cicles de tractament es poden repetir periòdicament o es poden fer de manera seqüencial "rotant" les diferents teràpies. De tota manera, en gairebé cap

cas s'aconsegueix l'eliminació completa del camp de cancerització ja que es tracta d'un procés crònic que fa anys que es forja³⁶. Un objectiu realista hauria de ser, doncs, reduir el nombre de lesions i prevenir el desenvolupament de CEC invasor³⁷. En diversos estudis prospectius s'ha comprovat que el 5-fluorouracil al 5% és el més efectiu dels 4 i la teràpia fotodinàmica el procediment més car i dolorós^{32,38,39}.

FOTOPROTECCIÓ

Hi ha infinitat de fotoprotectors inorgànics, a base d'òxid de zinc i el diòxid de titani, i orgànics amb avobenzona, oxibenzona i octocrilè, que poden causar fotoal·lèrgia i tenir més toxicitat sistèmica per la seva absorció⁴⁰. S'ha demostrat que la fotoprotecció i la fotoevitació (cercar l'ombra, portar roba protectora) (**taula III**) són efectius per reduir l'aparició de QA i de carcinomes cutanis⁴¹. Són preferibles les cremes de ampli espectre (UVB+UVA) amb un factor de protecció ≥ 30 . Aplicant-les de manera adequada i freqüent s'aconsegueix limitar el dany actínic de l'ADN però no s'aconsegueix la reparació de les mutacions ja causades.

La radiació UVB produeix mutacions en els queratinòcits suprabasals, en sintetitzar-se els dímers de ciclobutà (CPD) que apareixen poc després de l'absorció d'aquesta radiació per l'ADN. Aquests bloquegen la replicació i la transcripció de l'ADN i s'inicia la carcinogènesi cutània^{42,43}. Aquestes mutacions poden reparar-se mitjançant la denominada reparació per escissió de nucleòtids (REN) que és realitzada per enzims del grup XP (Xeroderma pigmentós, una genodermatosi en què es detecta una extrema sensibilitat a la radiació solar i aparició de carcinomes i melanomes des de la infància)⁴⁴ i la síntesi posterior d'una cadena d'ADN intacta complementària per l'ADN polimerasa⁴⁵. De vegades, el dany repetit sobrepasa la capacitat de reparació i les mutacions es van acumulant a mesura

que continua l'exposició solar crònica, desembocant a les QA i els CEC.

Recentment s'han incorporat a les cremes solars les fotoliasas, enzims de reparació d'ADN presents en els éssers vius inferiors (bacteris, fongs i vegetals), en què reparen els dímers de ciclobutà originats al seu ADN⁴⁶. Tot i això, les fotoliasas no es troben en animals més evolucionats, es van perdre al llarg de la progressió evolutiva. Costa comprendre com s'integraria a l'ADN dels humans un enzim perdut fa milions d'anys. No s'han trobat diferències significatives en la reducció de QA quan es compara l'ús de protector solar amb fotoliasa amb filtre solar convencional^{47,48}.

—

Relació de taules

Taula I. Paràmetres clínics indicadors de progressió a carcinoma escatós invasiu

Criteris majors: ulceració, induració, sagnat, diàmetre $>1\text{cm}$, creixement ràpid.

Criteris menors: dolor, augment en la palpabilitat (infiltració), hiperqueratosi, pruija, pigmentació, lesions que no responen al tractament adequat (no regressió o recurrència).

Taula II. Criteris de derivació d'un pacient amb queratosi actíniques

1. Immunosupressió per qualsevol causa (tractament immunosupressor per trasplantament d'òrgans o malaltia sistèmica, limfoma, VIH)
2. Antecedent de càncer de pell
3. Antecedents de tractament amb fototeràpia
4. Més de 5 lesions actives
5. Pacient menor de 40 anys
6. Manca de resposta als tractaments de primera línia

Criteris de derivació preferent (signes d'alarma)

1. Creixement ràpid de la lesió (en setmanes)
2. Base infiltrada
3. Lesions doloroses
4. Manca de resposta al tractament

(Podeu trobar més informació a la Monografia: "Lesiones premalignas y carcinomas de queratinocitos". En FMC Formación continuada en Atención Primaria". Ed Elsevier, març 2023. Pgs 1-58. Coordinació Dr Josep Manel Casanova)

Poden consultar l'article complet "Les queratosis actíniques, el carcinoma escatós i el camp de cancerització" en aquest QR:



Taula III. Mesures generals de fotoprotecció/fotoevitació

1. Evitar l'exposició solar, especialment les hores de màxima insolació (d'11 a 17 hores). Vigilar en particular l'exposició a la platja pel reflex del sol a la sorra i les excursions a l'alta muntanya o amb neu, on la radiació solar és més gran a causa de l'altitud i el reflex del sol a la neu. Evitar al màxim l'exposició al sol en aquestes hores a la feina com la construcció o, al nostre medi, els agricultors mitjançant l'ús de roba que cobreixi la major part de la pell i l'ús de barrets i fotoprotector
2. Evitar l'ús de cabines de bronzejat.
3. Usar regularment roba fosca que protegeixi del sol (camises de màniga llarga, barret d'ala ampla, ulleres de sol amb protecció ultraviolada).
4. Usar diàriament crema antisolar amb FPS ≥ 30 d'ampli espectre (que cobreixi tant els UVB com els UVA) abans d'exposar-se al sol (20-30 minuts abans de sortir de casa), en quantitat suficient i reaplicar cada 2 hores o després dels banys en cas de seguir exposat al sol.
5. A més de la cara i el cuir cabellut calb, s'ha de protegir amb crema antisolar amb FPS ≥ 30 les orelles i la regió periauricular, així com els llavis amb un llapis labial protector.
6. Els nens menors de 12 mesos no s'han d'exposar a la llum solar directa. Els nens de 1 a 2 anys s'han de cobrir amb un barret, una camisa de màniga llarga i el fotoprotector a les àrees exposades restants. Per als nens de més de 2 anys, les recomanacions són les mateixes que per als adults.

Bibliografia

1. Stege H, Krutmann J. Neue Ansätze zur Prävention aktinischer Keratosen. *Hautarzt*. 2017; 68:354-358.
2. Ferrándiz C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R; EPIQA Study Group. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2016; 107:674-80.
3. Lai V, Cranwell W, Sinclair R. Epidemiology of skin cancer in the mature patient. *Clin Dermatol*. 2018; 36:167-176.
4. Figueras Nart I, Cerio R, Dirschka T, Dréno B, Lear JT, Pellacani G, Peris K, Ruiz de Casas A; Progressing Evidence in AK (PEAK) Working Group. Defining the actinic keratosis field: a literature review and discussion. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32:544-563.
5. Calzavara-Pinton P, Ortel B, Venturini M. Non-melanoma skin cancer, sun exposure and sun protection. *G Ital Dermatol Venereol*. 2015; 150:369-78
6. Velter C. Épidémiologie des kératoses actiniques. *Ann Dermatol Venereol*. 2019; 146 Suppl 2:II53-II59.
7. Traianou A, Ulrich M, Apalla Z, De Vries E, Bakirtzi K, Kalabalikis D, Ferrandiz L, Ruiz-de-Casas A, Moreno-Ramirez D, Sotiriadis D, Ioannides D, Aquilina S, Apap C, Micallef R, Scerri L, Pitkänen S, Saksela O, Altsitsiadis E, Hinrichs B, Magnoni C, Fiorentini C, Majewski S, Ranki A, Proby CM, Stockfleth E, Trakatelli M; EPIDERM Group. Risk factors for actinic keratosis in eight European centres: a case-control study. *Br J Dermatol*. 2012 Aug;167 Suppl 2:36-42.
8. Green AC. Epidemiology of actinic keratoses. *Curr Probl Dermatol*. 2015;46:1-7.
9. Gordon LG, Elliott TM, Olsen CM, Pandeya N, Whiteman DC. Multiplicity of skin cancers in Queensland and their cost burden to government and patients. *Aust N Z J Public Health*. 2018; 42:86-91.
10. Gordon LG, Rowell D. Health system costs of skin cancer and cost-effectiveness of skin cancer prevention and screening: a systematic review. *Eur J Cancer Prev*. 2015; 24:141-9.
11. Ko CJ. Actinic keratosis: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010; 28:249-53.
12. Siegel JA, Korgavkar K, Weinstock MA. Current perspective on actinic keratosis: a review. *Br J Dermatol*. 2017; 177:350-358.
13. Fernandez Figueras MT. From actinic keratosis to squamous cell carcinoma: pathophysiology revisited. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017; 31 Suppl 2:5-7.
14. Valdés-Morales KL, Peralta-Pedrero ML, Cruz FJ, Morales-Sánchez MA. Diagnostic Accuracy of Dermoscopy of Actinic Keratosis: A Systematic Review. *Dermatol Pract Concept*. 2020; 10:e2020121.
15. Willenbrink TJ, Ruiz ES, Cornejo CM, Schmults CD, Arron ST, Jambusaria-Pahlajani A. Field cancerization: definition, epidemiology, risk factors, and outcomes. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83:709-717.
16. Wei ZH, Gong W, Zhou M, Chen QM. The concept of field cancerization and its clinical application. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2016; 51:562-5.
17. Curtius K, Wright NA, Graham TA. An evolutionary perspective on field cancerization. *Nat Rev Cancer*. 2018; 18:19-32.
18. Reygagne P, Rostain G. Au-delà des kératoses actiniques, le champ de cancérisation cutané. *Ann Dermatol Venereol*. 2018; 145:587-592.
19. Albibas AA, Rose-Zerilli MJ, Lai C, Pengelly RJ, Lockett GA, Theaker J, Ennis S, Holloway JW, Healy E. Subclonal Evolution of Cancer-Related Gene Mutations in p53 Immunopositive Patches in Human Skin. *J Invest Dermatol*. 2018; 138:189-198.
20. Pfeifer GP. Mechanisms of UV-induced mutations and skin cancer. *Genome Instab Dis*. 2020; 1:99-113.
21. Baba Y, Ishimoto T, Kurashige J, Iwatsuki M, Sakamoto Y, Yoshida N, Watanabe M, Baba H. Epigenetic field cancerization in gastrointestinal cancers. *Cancer Lett*. 2016; 375:360-366.
22. Tsay JC, Li Z, Yie TA, Wu F, Segal L, Greenberg AK, Leibert E, Weiden MD, Pass H, Munger J, Statnikov A, Tchou-Wong KM, Rom WN. Molecular characterization of the peripheral airway field of cancerization in lung adenocarcinoma. *PLoS One*. 2015; 10:e0118132.
23. Miranda DA, Pertuz S. Field cancerization in the understanding of parenchymal analysis of mammograms for breast cancer risk assessment. *Med Hypotheses*. 2020; 136:109511.
24. Stockfleth E. The importance of treating the field in actinic keratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Mar;31 Suppl 2:8-11.
25. Gilchrest BA. Actinic Keratoses: Reconciling the Biology of Field Cancerization with Treatment Paradigms. *J Invest Dermatol*. 2021; 141:727-731.
26. Cornejo CM, Jambusaria-Pahlajani A, Willenbrink TJ, Schmults CD, Arron ST, Ruiz ES. Field cancerization: Treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83:719-730.
27. Gutzmer R, Wiegand S, Kölbl O, Wermker K, Heppt M, Berking C. Actinic Keratosis and Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Dtsch Arztebl Int*. 2019; 116:616-626.
28. Hanke CW, Beer KR, Stockfleth E, Wu J, Rosen T, Levy S. Imiquimod 2.5% and 3.75% for the treatment of actinic keratoses: results of two placebo-controlled studies of daily application to the face and balding scalp for two 3-week cycles. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 62:573-81.
29. Ulrich M, Pellacani G, Ferrandiz C, Lear JT. Evidence for field cancerisation treatment of actinic keratoses with topical diclofenac in hyaluronic acid. *Eur J Dermatol*. 2014; 24:158-67).
30. Szeimies RM, Calzavara-Pinton P, Karrer S, Ortel B, Landthaler M. Topical photodynamic therapy in dermatology. *J Photochem Photobiol B*. 1996; 36:213-9.
31. Hofbauer G, Anliker M, Boehncke WH, Brand C, Braun R, Gaide O, Hafner J, Hunger R, Itin P, Kaeuper G, Lautenschlager S, Mainetti C, Streit M. Swiss clinical practice guidelines on field cancerization of the skin. *Swiss Med Wkly*. 2014; 144:w14026.
32. Jetter N, Chandan N, Wang S, Tsoukas M. Field Cancerization Therapies for Management of Actinic Keratosis: A Narrative Review. *Am J Clin Dermatol*. 2018; 19:543-557.
33. Karrer S, Aschoff RAG, Dominicus R, Krähn-Sentfleben G, Gauglitz GG, Zarzour A, Kerrouche N, Chavda R, Szeimies RM. Methyl aminolevulinate daylight photodynamic therapy applied at home for non-hyperkeratotic actinic keratosis of the face or scalp: an open, interventional study conducted in Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33:661-666.
34. Karrer S, Szeimies RM, Philipp-Dormston WG, Gerber PA, Prager W, Datz E, Zeman F, Müller K, Koller M. Repetitive Daylight Photodynamic Therapy versus Cryosurgery for Prevention of Actinic Keratoses in Photodamaged Facial Skin: A Prospective, Randomized Controlled Multicentre Two-armed Study. *Acta Derm Venereol*. 2021; 101:adv00355.
35. Calzavara-Pinton P, Tanova N, Hamon P. Evaluation of the treatment costs and duration of topical treatments for multiple actinic keratosis based on the area of the cancerization field and not on the number of lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019; 33:312-317.
36. Sinclair R, Baker C, Spelman L, Supranowicz M, MacMahon B. A review of actinic keratosis, skin field cancerisation and the efficacy of topical therapies. *Australas J Dermatol*. 2021; 62:119-123,
37. Dirschka T, Gupta G, Micali G, Stockfleth E, Basset-Séguin N, Del Marmol V, Dummer R, Jemec GBE, Malvey J, Peris K, Puig S, Stratigos AJ, Zalaudek I, Pellacani G. Real-world approach to actinic keratosis management: practical treatment algorithm for office-based dermatology. *J Dermatolog Treat*. 2017; 28:431-442.
38. Jansen MHE, Kessels JPHM, Nelemans PJ, Kouloubis N, Arits AHMM, van Pelt HPA, Quaevelding PJF, Essers BAB, Steijlen PM, Kelleners-Smeets NWJ, Mosterd K. Randomized Trial of Four Treatment Approaches for Actinic Keratosis. *N Engl J Med*. 2019; 380:935-946).
39. Ezzedine K, Painchault C, Brignone M. Systematic Literature Review and Network Meta-analysis of the Efficacy and Acceptability of Interventions in Actinic Keratoses. *Acta Derm Venereol*. 2021; 101:adv00358.
40. Mancebo SE, Hu JY, Wang SQ. Sunscreens: a review of health benefits, regulations, and controversies. *Dermatol Clin*. 2014; 32:427-38.
41. Maier T, Korting HC. Sunscreens - which and what for? *Skin Pharmacol Physiol*. 2005; 18:253-62.
42. Caulin C, Nguyen T, Lang GA, Goepfert TM, Brinkley BR, Cai WW, Lozano G, Roop DR. An inducible mouse model for skin cancer reveals distinct roles for gain- and loss-of-function p53 mutations. *J Clin Invest*. 2007; 117:1893-901.
43. Sugasawa K. Mechanism and regulation of DNA damage recognition in mammalian nucleotide excision repair. *Enzymes*. 2019; 45:99-138.
44. Black JO. Xeroderma Pigmentosum. *Head Neck Pathol*. 2016; 10:139-44.
45. Duan M, Speer RM, Ulibarri J, Liu KJ, Mao P. Transcription-coupled nucleotide excision repair: New insights revealed by genomic approaches. *DNA Repair (Amst)*. 2021; 103:103126.
46. Vechtomova YL, Telegina TA, Buglak AA, Kritsky MS. UV Radiation in DNA Damage and Repair Involving DNA-Photolyases and Cryptochromes. *Biomedicines*. 2021; 9:1564.
47. de Andrade FAG, Isoldi FC, Ferreira LM. Skin field cancerisation: A systematic review of the literature regarding its treatment. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021; 30:e13366.
48. Alvares BA, Miola AC, Schmitt JV, Miot HA, Abbade LPF. Efficacy of sunscreen with photolyase or regular sunscreen associated with topical antioxidants in treating advanced photodamage and cutaneous field cancerization: a randomized clinical trial. *An Bras Dermatol*. 2022; 97:157-165.

Ortogeriatría

Models d'atenció emergents en Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia



Us presentem un resum de la dissertació que va fer el Dr. Francesc Pallisó, Cap de Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Universitari Santa Maria, a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el dia 23 de maig, com a ponent d'una taula sobre **"Edatisme en cirurgia"**. L'acte acadèmic es va celebrar a la Sala Gimbernat, antic amfiteatre anatòmic del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona (1760-1843) i de la Facultat de Medicina de Barcelona (1843-1906), sala d'actes solemnes de l'acadèmia des de 1929.

A més del Dr. Pallisó, a la sessió també hi varen participar importants professionals de les àrees de coneixement de la Cirurgia General, Cardiovascular, Transplantaments i Anestesiologia. La introducció i la moderació de la reunió va anar a càrrec del Professor Laureano Fernández-Cruz.

A les unitats quirúrgiques, la millora en les tècniques dels processos, tant pre com intra i postoperatoris han fet que es puguin realitzar intervencions que fins fa poc s'havien descartat per l'edat i comorbiditat associada dels pacients. Si fins fa uns anys el pacient quirúrgic era exclusivament controlat pels facultatius que havien fet el diagnòstic i el tractament, darrerament s'han implantant nous sistemes de col·laboració amb assistència i responsabilitat compartida amb altres professionals de diferents àrees de coneixement com medicina interna, anestèsia, geriatria, creant així equips multidisciplinaris. En aquest context, ja fa Quasi-bé 60 anys¹, es va iniciar la col·laboració entre Traumatologia i Geriatria per a l'atenció de l'adult gran afecte de fractura de maluc amb la creació de les unitats d'ortogeriatría. Si bé aquí, ningú discuteix la idoneïtat del tractament quirúrgic dels pacients amb fractura, no és així en altres, afectes de processos degeneratius com l'artrosi de maluc i genoll.

Quantes vegades hem escoltat, **"amb l'edat que té vostè, que vol més?"** **"Ui, amb els anys que té, que vol que fem ara, posar-li una pròtesi?"**, **"Escolti, i amb l'edat que té, perquè es vol operar?"** Aquí utilitzem l'edat per a categoritzar a les persones (pacients), això és injust. Però, ens hem de plantejar també si cal valorar el cost d'oportunitat en un sistema sanitari amb recursos limitats?, cal prioritzar qui se'n pot beneficiar més?. Per això tenim els estudis amb AVAQs (anys de vida ajustat per qualitat) / QALYs², en els diferents processos, que poden ser del tot discutibles èticament, però no des de la vessant de l'economia de la salut. Malgrat tot aquest ha de ser més un debat de política econòmica que no dels professionals de la salut.

L'artrosi és la malaltia crònica més comuna entre les persones grans,

i és la primera causa de dolor crònic i impotència funcional. A Catalunya tenim una població força envellida amb 452 mil persones majors de 80 anys (5.8%). Es calcula que entre l'1% i el 3% dels més grans de 65 anys precisaran una pròtesis de maluc o genoll per controlar el dolor i la discapacitat. La cirurgia ortopèdica comporta la major part dels procediments de cirurgia electiva que es practiquen a la població senil. Es tracta d'una cirurgia orientada a la millora de la qualitat de vida, eliminant el dolor i retornant la funcionalitat perduda. A la Literatura hi ha múltiples referències a la seguretat i efectivitat de les artroplasties en referència al control del dolor i millora de la qualitat de vida d'aquests pacients. Malgrat tot, hi ha molts pocs estudis que es centrin en les complicacions relacionades amb aquest grup d'edat, si són cost - efectives, l'evolució funcional o l'esperança de vida després de la cirurgia.

Al nostre hospital els darrers 10 anys hem iniciat 3 programes d'atenció per a aquests pacients fràgils

1. Programa de valoració ortogeriatrica ambulatoria per a pacients candidats a protètzació total de maluc o genoll.
2. Programa de recuperació millorada en cirurgia protèsica de maluc i genoll.
3. Implementació d'un aplicatiu mòbil d'atenció integrada per a pacients crònics complexos intervinguts de pròtesi primària de maluc o genoll.

Els 2 primers els vàrem implantar i segueixen funcionant amb un alt grau de satisfacció tant pels pacients i famílies com pels professionals. El tercer formava part d'un projecte amb finançament europeu: "Horizon 2020 Personalized Connected Care for Complex Chronic Patients

(CONNEXARE)“ que va acabar quan vàrem finalitzar l'estudi el 2019.

Aquests programes han estat valorats com a models d'atenció emergents en cirurgia ortopèdica i traumatologia³.

Des del desembre del 2013 a l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida seguim el **programa de valoració ortogeriatrica ambulatoria**, programa interdisciplinari amb la participació de diferents professionals i especialitats per a tractar aquets perfil de pacients.

1. Pacient més gran de 85 anys
2. Pacient més gran de 80 anys identificat per la comorbiditat amb un CRG (*Clinical Risk Groups*) 7-8
3. Qualsevol pacient identificat com a MACA (malaltia crònica avançada)

Un cop feta la valoració inicial de la nostra sèrie de pacients, al 36 % es va recomanar la intervenció quirúrgica, al 17% es va ajornar per tal de modificar el tractament, demanar altres proves, interconsultes... i al 47% es varen contraindicar. Actualment s'està fent la revisió dels pacients des del 2019.

El seguiment per part de Geriatria dels pacients no tributaris d'intervenció quirúrgica ha estat fonamental per a l'acceptació del programa i per l'alt grau de satisfacció de pacients i familiars.

El 2014 vàrem iniciar el **programa de recuperació millorada "Rapid Recovery"** per a pacients de cirurgia protèsica de maluc i genoll. En un principi un dels motius d'exclusió eren pacients majors de 84 anys i / o amb important comorbiditat associada. Aviat es va veure que els pacients més fràgils, eren els que es beneficiaven especialment del programa⁴. A partir del 2016 ja no tenim límit d'edat.

La via de recuperació millorada es basa en diferents intervencions per a reduir l'estrès perioperatori; mantenir, controlar l'homeostasi, la funció fisiològica i accelerar l'assoliment dels criteris d'alta, amb disminució de les complicacions. Els resultats son molt bons amb un important descens del nombre de transfusions (de més del 30% hem passat a < del 4%), reducció de les complicacions, de l'estada hospitalària (de 6,3 a 3,6 dies en pròtesi de genoll i de 6,8 a 3,7 dies en pròtesi de maluc), sense augmentar el nombre de reingressos.

El 3er programa d'atenció que vàrem explorar va ser el de la **l'aplicatiu de salut mHealth per a pacients crònics complexos intervinguts de pròtesis de maluc o genoll**⁵. Es tracta d'un estudi prospectiu que es va fer entre el juliol del 2018 i agost del 2019 amb 59 pacients dividits en dos grups comparables, 30 (grup d'atenció tradicional) i 29 el grup d'intervenció (Atenció integrada). En aquest es va proporcionar als pacients / famílies una aplicació d'autogestió on hi havia un conjunt de sensors integrats a una plataforma web que connectava a professionals de diferents entorns assistencials, Atenció Primària, Atenció Especialitzada (Medicina Interna i Traumatologia) i Infermera gestora de casos. Es varen avaluar els canvis de l'estat de salut (SF-12), les visites i ingressos no planificats durant 6 mesos i la relació cost-efectivitat.

Al final de l'estudi es va veure que els pacients amb atenció integrada varen tenir un 50% menys de visites no planificades (P=006). El programa va generar estalvis en diferents escenaris de costos i la relació cost-efectivitat va demostrar la seva rendibilitat.

Per tant aquestes troballes donen suport a la hipòtesi que les vies d'atenció interorganitzacionals recolzades per sistemes telemàtics com el mHealth constitueixen una manera exitosa per a implementar els

models d'atenció integrada per als pacients grans i crònics complexos, sotmesos a cirurgia electiva.

Veiem per tant que els models assistencials hauran d'anar més enllà del que ja s'està fent, modificant la gestió de les condicions cròniques avançades per empoderar les persones grans per tal que es mantinguin membres actius de les seves comunitats durant el major temps possible, d'acord amb la seva capacitat, per desenvolupar i mantenir la capacitat funcional que permeti el benestar durant la vellesa.

Francesc Pallisó Folch,
Marcos Serrano y Jordi Colomina
GSS - Hospital Universitari Santa Maria

Bibliografia

- Devas MB. **Fractures in the elderly.** *Geront Clin.* 1964; 6: 347-359
- Joseph F. Konopka, Yuo-yu Lee, Edwin P. Su, and Alexander S. McLawhorn, **Quality-Adjusted Life Years After Hip and Knee Arthroplasty** *JB JS Open Access.* 2018 Sep 25; 3(3): e0007. Published online 2018 Aug 15. doi: 10.2106/JBJS.OA.18.00007
- Ellen Scholl, Mohit Bhandari. **Adding Life to Years: The Care of Older People in Orthopedics and Beyond** *OrthoEvidence Insights.* May 20, 2022 | Article No. 93
- Ian Starks, Thomas W. Wainwright, Jenny Lewis, John Lloyd, Robert G. Middleton. **Older patients have the most to gain from orthopaedic enhanced recovery programmes.** *Age and Ageing,* 2014 43, 642-648, <https://doi.org/10.1093/ageing/afu014>
- J Colomina , R Drudis , M Torra , F Pallisó , M Massip , E Vargiu, N Nadal , A Fuentes , M Ortega, F Miralles , F Barbé , G Torres, J de Batlle ; CONNEXARE-Lleida Group. **Implementing mHealth-Enabled Integrated Care for Complex Chronic Patients With Osteoarthritis Undergoing Primary Hip or Knee Arthroplasty: Prospective, Two-Arm, Parallel Trial.** *J Med Internet Res* 2021 2;23(9):e28320. doi: 10.2196/28320.

Serveis bancaris per als col·legiats del COMLL




A Med1, com a agents bancaris de BBVA, posem a disposició dels col·legiats del COMLL un ampli ventall de serveis bancaris i productes financers amb condicions avantatjoses:

- **Compte Med1** - Un compte corrent i targetes de crèdit i dèbit sense comissions de manteniment.
- **Finançament** - Solucions financeres per fer front a les teves necessitats. Gaudeix de condicions exclusives en hipoteques i préstecs.
- **Estalvi i inversió** - Oferim una planificació financera personalitzada per ajudar-te a prendre les decisions adequades per al futur i millorar el rendiment dels estalvis amb una àmplia oferta de productes.

Truca'ns per sol·licitar més informació o visita'ns a la seu del col·legi

 Rambla d'Aragó, 14
25002 - Lleida

 973 270 811

 serveisfinancers@med.es

 med1.med.es

La confiança d'estar junts

MEDONE SERVEIS, S.L.U (Med1 Serveis Financers), és Agent bancari del BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA, S.A. (BBVA). Dades identificatives: Med1 Serveis Financers: NIF B-61910865; domicili social: Passeig de la Bonanova, 47, Barcelona 08017; inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, Volum 31642, foli 1, Inscripció 1ª, Full nº B-196.873. BBVA: NIF A-48265169, domicili social a Bilbao, Plaza de San Nicolás, 4; inscrita al Registre Mercantil de Vizcaya, volum 2083, foli 1, Full BI-17ª.

Entre Metges



Ens uneix la integritat

"Quan penso en integritat penso en respecte, compromís i coherència entre els nostres actes i les nostres conviccions ètiques. Sempre des del respecte i des de la humilitat".

Cloé Moreno Giroud
Estudiant de sisè de medicina

"La integritat en una entitat com la nostra és el que dona fiabilitat i confiança als metges. Protegim el metge perquè pugui exercir la medicina amb tranquil·litat".

Dr. Lluís A. Morales Fochs
Catedràtic de Pediatria
Cirurgià Pediàtric