

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 43 · Novembre de 2003



El COMML elegeix de nou l'equip del Dr. Rodamilans

Downloaded from <http://ajphaphysiol.physiology.org/> at University of California, San Diego on September 11, 2012

Fotografia portada: LAURENT SANSEN

Els valors dels metges

‘Butlletí Mèdic’ ha sol·licitat aquest cop l’opinió d’altres professionals sobre els valors que esperen trobar en els metges i metgesses. Els signants dels articles són articulistes coneguts, excepció feta de Marta Trullàs, una joveníssima arquitecta que aporta aire fresc a la nostra consulta.

Professional, pública i no moralista

Podríem començar parlant de la similitud que hi ha entre la medicina i l'economia com a fluxos circulatoris que són: un de sang, amb origen i final al mateix punt, el cor; l'altre també com a procés circular, on el consum de la producció permet, precisament, produir de nou. Tant és així que entre els economistes més importants de la història de les doctrines econòmiques n'hi ha un, François Quesnay (1694-1774), que era metge ni més ni menys que de la Pompadour, amiga/favorita de Lluís XV. Fundador de l'escola fisiòcrata, la seva obra més important, *Le tableau économique* (1758), ha estat un instrument decisiu per a la moderna comptabilitat nacional i per a l'elaboració de les famoses taules input-output a partir de les actuals formulacions del premi Nobel Vassily Leontief.

1.- Professional

Però no ens toca, avui, parlar d'aquestes similituds, sinó de la dimensió social de la medicina i del metge i del que la societat, i el malalt en particular, esperen avui als inicis del segle XXI d'aquest professional. Des d'una perspectiva estrictament professional, de treball generat amb un valor d'intercanvi determinat, la medicina no té per què contemplar-se de manera diferent a qualsevol altra professió. Apurarem més, com a servei econòmic que és la seva aportació al PIB d'un país o territori determinat es comptabilitza

com es comptabilitza qualsevol altre treball, valorant l'ingrés generat en forma de salari, ingrés per prestació de serveis o qualsevol altra renda.

No hi ha cap mena de diferenciació comptable, en l'àmbit macroeconòmic, entre el salari d'un metal·lúrgic i els ingressos d'un metge. Però és indubtable que el treball sanitari té unes connotacions molt diferents a tots els altres treballs, perquè s'estableixen unes relacions productor-consumidor molt particulars. No és el mateix tenir competències professionals en una fàbrica tèxtil que treballar directament sobre la salut dels humans i la seva pròpia vida.

Però, deixeu-me ser un xic agosarat i dir-vos que s'exagera aquesta visió micro de la medicina i del metge. Sí que un malalt necessita identificar un interlocutor a qui pugui contar els seus problemes, inquietuds i neguits, allò que popularment en diem tenir la suficient confiança, però la divisió del treball, encara més exagerada i productiva a partir de l'aplicació de les noves tecnologies, ens obliga a analitzar la medicina des de l'òptica del centre clínic, del centre hospitalari. És indubtable que en la boca dels ciutadans hi haurà sempre

noms propis de metges, però cada vegada menys, i, a l'inrevés, cada cop més hi haurà els noms dels centres, dels hospitals, de les residències, és a dir, dels llocs on es fa la medicina global o una especialitat en particular, però també en un centre, no en un despatx.

L'especialització només té sentit quan s'integra dins d'un conjunt, i des d'una dimensió de gaudi les economies d'escala que s'aconsegueixen amb una prestació de serveis integrats eviten un malbaratament dels recursos i del temps molt elevats. Hom compararia els desplaçaments i les anades i tornades d'una necessitat d'atenció sanitària de despatx en despatx (costos socials importants derivats de les pèrdues de temps innecessàries) amb l'activitat d'un pagès que també va de parcel·la en parcel·la disperses i no concentrades en el territori. Si a la terra parlem de concentració parcel·laria, aquí hem de parlar també de la concentració dels serveis sense renunciar a l'especialització.

I no hi ha cap tipus d'incompatibilitat entre la pràctica de la medicina col·lectiva i concentrada i la necessitat micro esmentada que el malalt identifiqui perfectament el seu interlocutor, el seu tutor mèdic, el seu metge. No conec a fons l'estructura sanitària catalana per poder parlar de la viabilitat o no de la recent disposició de la Generalitat que regula la lliure elecció de centre i de metge, però aquesta disposició és una clara evidència de la compatibilitat de què parlem. Trobar l'equilibri entre aquests dues perspectives, macro i micro, de la sanitat no és complicat, però nosaltres defensem la pràctica sanitària pública, i no només perquè ho diu així la Constitució espanyola en l'article

43, sinó perquè les característiques de la sanitat són, sense cap mena de dubte, les que pertanyen als béns públics.

2.- Pública

I què és això d'un bé públic? Doncs, és aquell que el seu consum creixent per part de qualsevol individu no farà disminuir en cap cas els beneficis que afluïxen a la resta de membres de la societat. Tots gaudeixen dels mateixos guanys: “Més per tu no significa menys per mi”. Els béns públics, també coneguts com a béns socials, tenen dues característiques bàsiques que els distingeixen clarament dels privats: no donar-se rivalitat en el seu consum i que aquest no és excludent.

La mateixa naturalesa dels béns privats fa, per exemple, que un habitatge tingui rivals en el mercat, és a dir, altres habitatges alternatius i que la porta d'accés a l'habitatge impedeixi l'entrada als no propietaris. La concurrència no es pot donar en els béns socials, no només pel que hem assenyalat, sinó perquè el cost de la seva implantació i manteniment no es pot dividir, no es pot assignar a cadascun dels usuaris. El seu finançament ha de ser universal i ha de ser aportat per la mateixa societat. Una altra qüestió, però en la qual ara no podem entrar, és com a través de la política fiscal i de cotitzacions aquest cost es distribueix entre els diferents membres de la societat.

No només la sanitat, sinó que tota la seguretat social té aquestes connotacions públiques, i no té res de casual que la primera acció pública de l'Estat del benestar que neix a Europa, acabada la Segona Guerra Mundial, fos un pla de seguretat social: el Pla Beveridge, en què l'atenció sanitària era el capítol més important. Al juliol del 1945, a Anglaterra, el Govern laborista va posar en pràctica l'esmentat pla, elaborat per William Henry Beveridge, un economista anglès amic i coetani de J.M. Keynes i, com ell, intel·lectual amb mentalitat política liberal.

D'aquesta manera és com les esmentades Seguretat Social, en general, i l'atenció sanitària, en particular, es converteixen en prestacions públiques perquè són un dret dels ciutadans, no una mercaderia que s'hagi de comprar

Les característiques de la sanitat són, sens dubte, les que pertanyen als béns públics

per estar subjectes a les lleis mercantils de l'oferta i la demanda. El mercat no és un sistema adequat d'assignació de recursos en aquest aspecte concret dels béns públics, ja que les preferències socials no es revelen en el mercat de forma i manera que puguin ésser, per aquest, valorades. És, aquesta, una limitació intrínseca del mateix mercat, no una voluntat explícita de prendre-li competències que li són pròpies. L'encongment de l'Estat del benestar motivat per la primera crisi del petroli ara fa trenta anys, per la caiguda del socialisme real i per la prioritat de les polítiques d'oferta (nou neoliberalisme) sobre les de demanda (keynesianisme) ha comportat un canvi de perspectiva en aquesta dimensió pública de la sanitat i una important retirada de recursos imprescindibles per a la prestació òptima d'aquests serveis. Per això hem explicat el que hem explicat, el mercat no podrà substituir socialment aquesta sortida equivocada i no justificada del sector públic del capítol sanitari.

3.- No moralista

No voldríem acabar sense comentar breument quelcom que ens sembla molt important. La sanitat no pot donar l'esquena a les noves peticions socials i a les que es deriven dels avenços científics. El tractament, la investigació i la utilització d'embrions a partir de cèl·lules mare, la generalització de l'avortament, i l'eutanàsia, tant activa com passiva, s'han de legalitzar immediatament. Hi ha científics i juristes per elaborar uns marcs normatius que, sense ser restrictius, no permetin abusos injustificables ni situacions d'indefensió per part de ningú.

El que no és democràticament acceptable és permetre que investigadors del país hagin de marxar a l'estranger a investigar perquè aquí la seva feina és il·legal, crear la llavor per tornar a la vella cançó de les secretes anades a Londres i a Amsterdam,

o quedar-se aquí a l'aixopluc de curanderos sense escrúpols, en funció de les disponibilitats econòmiques. Tampoc són exemples propis d'un món civilitzat que succeeixin casos, patètics sense cap mena de dubte, com el de Ramon Sampederro, a Espanya –per cert, per què s'ha aturat la pel·lícula que Alejandro Amenábar havia començat a rodar sobre aquest esdeveniment?– o el de Vincent Humbert, a França, que va demanar a la seva mare que li administrés un compost de barbitúrics per posar fi a la seva vida.

En aquests casos l'Estat no pot acudir a la moral, reaccionària o progressista és igual, per condemnar o defensar els fets, sinó que ha de regular aquestes accions per evitar-ne, precisament, un mal ús. Mai un govern no pot imposar, en una constitució laica i en un Estat de dret, una moral determinada a tot el conjunt de la societat. La legalització possible que cadascú opti, lliurement, per la seva pròpia moral, com ha de ser. La no legalització acaba produint situacions sanitàriament, higiènicament i socialment, condemnables i no permissibles. Els drets de tothom només es poden respectar des de la no imposició de cap conducta, moral, o hàbits determinats.

Ramon Morell
Economista

Només l'home humà pot ser bon metge

Se'm sol·licita que expressi la meua opinió sobre els valors que espero –bé, que hom espera– trobar en els professionals de la medicina. Deixo palesa, en primer terme, la meua personal admiració i respecte per la professió mèdica, paradigma de solidaritat, amor i lliurament al servei dels altres amb l'única i exclusiva finalitat de sanar, activitat que apropa

els seus agents –els metges– a quelcom semblant a una divinitat –sigui entès en la més respectuosa variant del terme– i que, en realitat, com a tals éssers *divins* se'ls tenia en els seus orígens en tant que de la seva saviesa en sorgia el poder de curació.

Altrament, l'impressionant i persistent desenvolupament científic i tecnològic iniciat a partir de la segona meitat del proppassat segle XX ha produït una evident transformació avui en la praxi d'aquesta art –força empírica en els seus inicis, fonamentalment basada en l'experiència i l'observació. Una transformació que, encetada l'era de la dada i la imatge exactes, és de caire molt més quantitatiu i precís i que ha conduït aquesta art cap al camí de la superespecialització amb un evident i extraordinari progrés en el coneixement i en el diagnòstic, però que, per altra banda, potser ens allunya un xic del mateix eix troncal de l'acte mèdic, la persona humana.

En efecte, si s'aplica l'adagi llatí “*salus aegroti, lex suprema*” – “la salut del malalt és la llei suprema”–, l'objectiu fonamental de la medicina no és cap altre que l'home malalt, en tant que mancat de salut i necessitat d'ajut tècnic i, per què no, alhora humà, de manera que, segons el meu humil i profà parer en aquesta art, la relació metge-malalt és, o bé caldria que fos, l'acte mèdic essencial en tant que procura el bé integral del pacient.

Així, en tant que l'aplicació dels avenços tecnològics –benvinguts siguin– allunyin els professionals mèdics de la necessària i imprescindible relació metge-pacient que, segons l'opinió de molts, ha passat a ésser una relació de caire eminentment tècnic, fred i despersonalitzat en què no només no hi ha temps per escoltar, sinó tampoc per conèixer les ansietats i angories dels pacients, ens endinsarem en un procés de *deshumanització* totalment contrari als principis que informen l'acte mèdic i que, en general, han quedat englobats dins el concepte de *l'humanisme mèdic*. Ja Hipòcrates, 400 aC, deia que només *l'home humà* pot arribar a ésser un bon metge i, força segles després, el clínic francès Trousseau deia: “la medicina algunes vegades deu sanar, sovint alleujar, però sempre consolar.”

• Vocació, saviesa, bondat, • sensibilitat, compassió i • respecte per al malalt

En conseqüència, responent a la pregunta que se'm formulava i que, per altra banda, motiva aquesta reflexió, el conjunt de valors que desitjaria trobar-me en els professionals de la medicina podrien quedar emmarcats en el concepte que podríem anomenar *humanisme mèdic*, que definiria com aquella activitat o acte mèdic destinat a tenir cura de la salut integral de la persona malalta i, per tant, necessitada d'ajut, dut a terme amb vocació, saviesa, bondat, sensibilitat, també compassió i, per què no, respecte.

Aquests són, segons el meu parer, els valors que –avui més que mai– desitjo trobar en els professionals de la medicina en tant que la seva activitat es desenvolupa en relació amb la *persona humana* i té, entre altres, com a principals finalitats:

- Preservar la salut del pacient.
- Sanar –si més no, alleujar, quan la primera esdevingui impossible– el malalt i, sempre, donar-li suport i acompanyar-lo.
- Finalment, sense cap mena de dubte, evitar les morts prematures i innecessàries.

Partint d'aquests conceptes i principis la meua escala de valors es graduaria en funció de l'optimització de *la relació metge-pacient*, la qual, en darrer terme i sens dubte, permet el ple rendiment de les funcions dels professionals de la medicina, d'acord amb el següent ordre:

- VOCACIÓ. En tant que la missió del metge suposa plena dedicació al servei de la vida humana, sense tenir en compte edats ni classes socials, amb la fermesa de la voluntat de no rendir-se enfront de les múltiples i evidents dificultats de tot tipus que, amb tota seguretat, apareixeran en l'execució de la seva comesa.

- BONDAT. Entesa com una de les primeres virtuts que el metge ha d'exercitar en el tracte amb els seus pacients. Ha de ser comprensiu amb les seves inquietuds i, en tot moment, ha d'estar disposat a escoltar les seves angors-

xes. Cap dubte m'ofereix l'evident influència positiva que exerceix l'actitud benèvola del metge en el procés –inevitablement llarg, molts cops– de recuperació del malalt.

- RESPECTE. Cal preservar la inviolable intimitat del pacient amb relació al seu particular programa d'atenció i respectar la seva dignitat com a persona, de manera que se li ha de facilitar tota la informació disponible relacionada amb el seu diagnòstic i tractament en termes raonablement comprensibles.

- TRACTAMENT INTEGRAL I SOLIDARITAT. En el sentit que el professional de la medicina ha de saber diferenciar entre la malaltia en el sentit més estricte del terme, és a dir les causes del malestar del pacient, i el patiment que engloben els símptomes i signes del procés patològic, inclosa la mateixa angoria del subjecte generada, entre altres factors, pel total desconeixement del procés que pateix i que, de vegades, esdevé de forma involuntària i no desitjada l'eix del seu curs vital. Així, el facultatiu, des del rigor i el coneixement tècnic, ha d'actuar de forma diligent i alhora amb un tracte amable, suau i reconfortant a fi i efecte de promoure i enfortir l'esperança i alleujar la incertesa, que, sovint, esdevé l'ull d'huracà del mateix mal.

- ESTUDI, INVESTIGACIÓ I FORMACIÓ CONTÍNUA. Adoctrinament que el professional de la medicina, emprant tots els mitjans al seu abast, no pot descuidar a fi i efecte de mantenir el seu saber al dia de la més rigorosa actualitat en els coneixements i processos curatius propis de la seva especialitat per poder oferir als pacients la millor atenció possible, ja que té a les seves mans valors tan fonamentals com la vida humana.

Tots aquest valors –cal no passar-ho per alt ni deixar-ho de banda– no són altra cosa que el més *fidel reflex* de les qualitats humanístiques que, segons el profà parer de qui subscriu aquest

escrit, són i han d'ésser inherents a tot acte mèdic per bé que persegueixen la preservació de la salut humana i el gaudiment o, si més no, *alleujament* de la malaltia. Aquests objectius constitueixen –com ja apuntava el mateix Hipòcrates al dir que només l'“home humà” pot arribar a ésser un bon metge– el fi últim de la medicina.

En darrer terme, he d'agrair l'amistosa invitació que ha motivat les precedents reflexions –de caràcter personalíssim, insisteixo– i que, bàsicament, tracta d'incidir en la humanització de les relacions metge-pacient que, al marge dels indubtables avenços tecnològics aconseguits en el camp de la investigació, els protocols d'actuació, les pràctiques quirúrgiques, la maquinària i els instruments d'aplicació, han sigut, són i continuaran essent –en tant que esquitxen tota vida humana des del mateix naixement fins a la mort– de gran actualitat.

Miquel Àngel Alonso
Advocat

La vocació és imprescindible en els metges

Acabo de descobrir que aviat farà un any que no vaig al metge. Em demanen que escrigui sobre els valors personals i professionals que espero rebre quan em trobo davant d'un metge i, així, a cop fred, em trobo sense referències. Busco mentalment la meua última visita, una revisió rutinària, i em costa recordar-ne algun detall per a la reflexió. M'agradaria poder basar les meves *demandes* en alguna experiència curiosa o en alguna situació viscuda, però es pot dir que, en general, els metges m'han tractat bé personalment i, sobretot, professionalment.

Tenint en compte que sóc força jove i que, per sort, no tinc més experiència de l'habitual en el camp de la medicina, em sento afortunada de poder dir que les meves expectatives han estat, gairebé sempre, força paral·leles a la realitat. Això no treu, però, que aquestes expectatives tornin a activar-se automàticament, de forma fins i tot involuntària, cada vegada que s'aproxima una nova

visita al metge. I és que no es pot evitar sentir aquella mena de neguit interior quan el tema que ens ocupa és la salut d'un mateix o la d'algú proper.

Després d'adonar-me que he de posar al dia les revisions anuals, al mateix temps que em proposava escriure aquestes línies, he posat seny i he demanat hora a dos especialistes. Un dels motius que han fet endarrerir aquest moment és que fa poc temps que he iniciat la meua vida professional, sóc autònoma i això em suposa canviar la relació amb els metges que he tingut tota la vida per començar-ne una altra, a molt més llarg termini, amb uns altres de nous; és a dir que, sense proposar-m'ho, m'he convertit en la persona més adient per parlar d'expectatives.

Sempre he pensat que medicina és una de les carreres més vocacionals que es poden emprendre. Aquesta vocació, que jo crec necessària, ja porta, al meu entendre, implícits tota una sèrie de valors humans i professionals que són els que qualsevol de nosaltres espera trobar-se quan té un problema de salut i necessita l'ajuda d'un professional.

Jo, per exemple, valoro principalment la professionalitat, l'experiència, el domini i els coneixements sobre la matèria d'un especialista; si no em trobo bé el principal és que es resolgui el motiu i es pugui plantejar un remei per resoldre el que tinc. Ara bé, aquests valors han d'anar necessàriament acompanyats d'uns altres que són els que, per mi, estan més vinculats a l'aspecte vocacional de la professió: l'interès per les persones i per allò que els passa. El metge ha de ser, principalment, receptiu i bon comunicador, m'ha de saber escoltar i m'ha de saber explicar el que tinc de manera que jo ho pugui entendre. Si es reuneixen

- El metge que
- aconseguix
- connectar amb
- les visites sol
- tenir menys
- crítiques

aquestes condicions les meves expectatives es veuen acomplertes.

Sóc conscient que, com en la majoria de les professions en contacte directe amb les persones, a l'hora de la veritat no és tan fàcil com ho plantejo i no tothom espera el mateix tracte. Estic segura que hi haurà algú que valorarà més que jo que el seu metge sigui simpàtic, agradable, acollidor, que faci bromes o, ben al contrari, que tingui molt rigor i un tracte molt correcte, fins i tot distant i seriós.

Si a la diversitat humana hi afegim que quan un necessita un metge es troba en unes condicions, tant físiques com psicològiques, que no són les normals i que probablement el fan més exigent, encara es complica més la cosa. Si, a més a més, tenim en compte que moltes vegades ens trobem amb persones que tenen el costum d'anar al metge sense motiu aparent, al professional de la medicina se li afegeix la tasca gens fàcil, davant d'aquest cúmul d'adversitats, de fer també de psicòleg i adoptar papers que, sovint, s'allunyen del seu camp. Suposo que, després d'anys de professió i de veure's immers en situacions de tots colors, aquella vocació inicial, l'interès pel pacient, la receptivitat i la comunicació es difuminen de forma inevitable.

Penso en tot això mentre lleigeixo la llista dels meus nous metges. Al moment de triar-ne un d'entre uns quants, em vénen al cap alguns comentaris que et van arribant dels familiars, de les amistats..., que de vegades són orientatius, però, la majoria de les vegades, encara desorienten més. Et poden parlar dues persones d'un mateix metge i donar-te la sensació que estan parlant de dos metges diferents, com també pot donar-se el cas que et parlin molt bé d'un professional i tu, després d'anar-hi, no en quedis tan content. Opino que aquí hi intervé un factor que és molt difícil de controlar, per no dir impossible, i que va més enllà de la professionalitat d'un metge, que és el factor que mana en tota relació entre persones: l'afinitat, l'enteniment, allò que ens inspirem els uns als altres i que solem anomenar impressions. El *feeling*, que en diem ara.

Hi ha persones que, per naturalesa, dominen molt bé aquest

factor i de seguida connecten amb l'intercomunicador. N'hi ha que els costa una mica més d'esforç i també n'hi ha que, moltes vegades, no ho acaben d'aconseguir. No sé si és coincidència o és realment determinant l'observació, però és clar que el metge que aconsegueix tenir aquesta connexió amb facilitat i amb la majoria de les seves visites sol tenir menys crítiques, encara que d'entrada sembli que això hauria d'anar a banda de la professionalitat de cada persona. També cal dir que el fet que acostuma a determinar l'assoliment d'aquesta entesa metge-pacient és l'interès que el metge posa en la persona que té al davant. I això penso que no és un valor professional ni personal, l'interès pertany a la vocació i, per tant, s'hauria de donar sempre.

Un dels metges que més em dol haver de canviar és el metge de família. Es tracta d'una persona que desprèn vocació i professionalitat en cada una de les seves intervencions i és per això que aconsegueix arribar a la gent. Pots llegir l'interès que té per tu en cada pregunta que et fa i en cada paraula que et diu. Per mi la figura del metge de família és la que reuneix tots aquests valors que l'acaben convertint en psicòleg i, gairebé, en amic, a més a més de metge. Tot i aquestes bones experiències he de reconèixer que pertanyo a aquell sector de població que només va al metge quan és realment imprescindible i, probablement, amb menys freqüència de la recomanada.

Un altre dels motius que, tot reflexionant-hi, crec que expliquen la meua dificultat a l'hora de complir els terminis anuals de les revisions no és precisament el malestar o la manca de confiança en el moment en què un s'asseu davant del metge, sinó en tot el protocol que s'ha de seguir per arribar-hi. O sigui, demanar hora amb força antelació, demanar permís a la feina, arribar a l'hora, les sales d'espera que posen a prova la nostra capacitat, cada vegada més reduïda, d'esperar... i tot per una visita, que sempre ens sembla curtíssima, en què et recepten, posem per cas, una analítica i et tornen a citar per al cap d'un mes.

Pot semblar que tot això té poc a veure amb el metge que, al cap

i a la fi, no és qui ha decidit el funcionament del nostre sistema sanitari, però puc dir que, per experiència pròpia, l'actitud del metge pot arribar a minimitzar –i, en cas contrari, a augmentar– els efectes negatius d'aquest protocol a què ens veiem sotmesos fins a arribar-hi. I és que el factor del temps que el metge ens dedica també és molt important i va molt lligat al de l'interès pel pacient.

En resum, el que espero d'un metge és, evidentment, un diagnòstic correcte i penso que per arribar-hi s'han de reunir diferents condicionants que naixen de l'interès del professional per esbrinar què em passa. Espero receptivitat, que m'escollin, bona comunicació i que em dediquin el temps i els mitjans necessaris.

Penso que hi ha molts metges que, per les circumstàncies que siguin, han perdut en certa manera aquests valors bàsics que naixen d'aquella vocació primera que els va portar a emprendre aquest camí. Jo, des de la meua joventut, només puc recomanar-los que mirin enrere i busquin aquelles referències que sembla que quan un comença a dedicar-se a una professió té tan presents i li semblen tan indiscutibles. Que es retrobin amb aquell impuls i amb aquelles ganes amb què un inicia la seva vida professional i, sobretot, que intentin transmetre-les a cada pacient, en cada visita, buscant aquell punt d'entesa tan necessari en el que no deixa de ser un intercanvi d'informació entre dues persones.

Marta Trullàs
Arquitecta

El metge perfecte per a un pacient imperfecte

És la primera vegada que m'enfronto a la difícil tasca de parlar dels metges per escrit. Em seria molt més senzill fer-ho de la medicina en general o del món sanitari, que també és força neutre, o de política sanitària, on tothom hi pot dir la seva i fer una crítica més o menys contundent, cosa que sempre queda bé davant d'un

públic de certa edat. Aquesta vegada, però, m'han demanat que parli d'una cosa molt més concreta: quins valors i funcions espero trobar jo en els metges?

El fet d'haver compartit nombroses tertúlies amb el delegat de Sanitat a Lleida, Dr. Antoni Mateu, en les quals la gent pot trucar en directe, m'ha fet veure que la gent quan telefonen perquè saben que poden parlar amb el delegat en persona, segueixen una pauta bastant clara; primer parlen de la seva experiència amb la sanitat pública – en general negativa – i després passen a criticar el món sanitari en general. És a dir, la valoració del món sanitari està lligada, es vulgui o no, a l'experiència personal de cada individu. Jo, per no canviar l'esquema, seguiré la mateixa pauta, però possiblement sense arribar a les mateixes conclusions.

La meua primera experiència amb un metge està lligada curiosament també amb el món de l'alemany. Són curiositats de la vida que el primer metge que em va haver de tractar seriosament fos un metge alemany resident a Barcelona, que va estar a punt d'enviar-me a l'altre barri. No hi havia manera que el pobre metge descobrís que jo patia unes febres reumàtiques quan tenia quatre anys. Les altíssimes febrades que tenia, dia sí i dia també, van portar els meus pares a canviar de metge i abandonar així el seriós i imposant nom d'un metge alemany, per un altre de simpàtic i agradable, de nom Balançó, que va encertar el diagnòstic de seguida. L'errada mèdica em va tenir més de sis mesos al llit i em va deixar un cor més gran del normal per l'edat que tenia i que he hagut de vigilar durant molts anys.

La meua primera experiència sanitària podria encaixar molt bé amb el comentari de Voltaire sobre els metges: "Els metges recepten medicaments dels quals saben ben poca cosa, perquè facin el seu efecte en cossos dels quals encara saben menys, per tractar malalties de les quals no en saben res."

El doctor Balançó va ser l'altra cara de la moneda. El recordo simpàtic i agradable, tot i les punxades de penicil·lina, matí i vespre, que em van donar durant moltes setmanes.

L'altra font d'experiència amb el món de la sanitat al nostre

Tenim un dels millors serveis sanitaris públics i, en alguns casos, privats que hi ha al món

país, em ve donada de la mà de la meua mare. La seva artrosi als dos malucs amb innumbrables operacions per col·locar les pròtesis i altres derivades del mateix tema, em van portar a ser un habitual visitant de l'Hospital de la Vall d'Hebron i de l'Hospital de Sant Pau. Un aneurisma detectat a temps pels metges al meu pare també em va portar de *tourné* per l'hospital de Bellvitge durant una bona temporada.

Les hores i hores acumulades a les sales d'espera dels hospitals, a les habitacions visitant els malalts, als despatxos dels metges parlant de l'evolució de l'operació, m'han anat creant una imatge del món de la medicina molt determinada. Una imatge que, sens dubte, ha passat pel sedàs de la comparació amb la sanitat d'altres països, on per desgràcia he hagut de fer ús dels seus serveis sanitaris, ja fossin públics o privats.

Tota aquesta experiència em porta a dir amb tota sinceritat que crec que tenim un dels millors serveis sanitaris públics –i en alguns casos també privats– que hi ha al món. També haig de dir que el fet que tinguem un dels millors sistemes de sanitat pública del món no implica que aquest no hagi de millorar i que encara quedin força coses per fer. Però també em sembla que en diversos casos s'hauria de parlar més de fer una reforma del món funcional en general, que de fer una mera reforma del sistema sanitari. Possiblement hi ha manca de recursos, però de ben segur que això no és l'arrel de tot el problema. Doctors té l'església i la sanitat per saber el que realment encara fa falta. En aquest article no se'm demana això, sinó una reflexió general sobre el valor i la funció dels metges vista des de la perspectiva del pacient de carrer. Aquí la tenen:

A mi em sembla que els pacients actuem una mica com l'alcalde de Villar del Río a la pel·lícula *Bienvenido Mister Marshall* de Luis García Berlanga. Com aquell

alcalde, nosaltres també esperem que els metges ens portin la solució total al nostre problema. Més que creure, volem creure que ells tenen a les mans no tan sols tots els coneixements que nosaltres no tenim, sinó tots els mitjans necessaris que faran que el nostre problema se solucioni de manera fàcil i ràpida.

És per això que els metges han de complir una sèrie de requisits que els pacients donem per suposats: els metges han de transmetre confiança en el que diuen i en el que fan. Els pacients ens desmoralitzem si veiem que la persona que tenim davant, i a qui d'entrada hem atorgat tots els coneixements del món, es posa a dubtar. Del metge demanem rapidesa en la diagnosi i que no escatimi absolutament cap mitjà per curar la nostra malaltia. Dels metges demanem que ens dediquin tot el temps del món, és a dir, tot el temps que nosaltres desitgem per a nosaltres independentment de si hi ha gent que s'està esperant. Dels metges demanem tracte humà. Han de ser hàbils i sensibles a l'hora de comunicar les males notícies. Els metges han de saber dir la paraula correcta, en el moment correcte, per aixecar la moral del malalt i la dels seus familiars. Els metges no poden cometre errades, perquè la salut és un bé molt preuat que no sempre es compra amb diners. No hi ha ningú que vulgui estar malalt i, ara per ara, els que tenen les eines a la mà per poder-ho evitar són els metges. Ells i elles són el talismà desitjat. Si fallen, la decepció és directament proporcional a l'esperança dipositada.

Senyores i senyors, no ho tenen gens fàcil. El món de la sanitat és un món on la demagògia de polítics i particulars juga amb absoluta llibertat. Tothom vol que el seu cas sigui preferent, la seva assistència la millor i que el seu facultatiu sigui un número u i amb influències dins de qualsevol hospital.

És feina de tots intentar que els metges i metgesses puguin treba-

llar en bones condicions i sense pressions interessades. Com a tot professional se li ha d'exigir que actuï amb professionalitat, però no podem exigir d'ells que actuïn com a herois o heroïnes de pel·lícula de guerra. O plantejat d'una altra manera: quantes vegades tenim el mateix nivell d'exigència amb altres àmbits professionals?

Possiblement els requisits que he dit abans formin part d'un món sanitari perfecte, en un món perfecte, que ara per ara encara està per arribar. Posats a triar em quedo amb un tema que considero bàsic per enfocar bé la sortida a un problema mèdic. Un aspecte que, per cert, no sempre està lligat amb els recursos econòmics i les infraestructures: treure-li el màxim profit al tracte amb el pacient i a la comunicació amb ell. Quan anem al metge, hi anem d'alguna manera derrotats i enfonsats. Estem davant vostre en contra del nostre desig. Voldriem no estar malalts o no haver patit aquell accident. Els metges sou les primeres persones que podeu començar a posar punt i final a aquest calvari. La comunicació metge-pacient la veig quasi tan important com encertar el diagnòstic.

El lingüista Sebastià Serrano ha estudiat a fons el món comunicatiu que s'estableix dins d'un hospital. Serrano afirma que és un hàbitat complex on no és gens fàcil saber establir els codis comunicatius. Estic segur que el meu suggeriment no és fàcil de dur a la pràctica, no són coses que s'aprenquin a la facultat amb un manual a la mà. El temps i l'experiència ens poden ajudar. Però no ens enganyem, és un problema que ve de lluny. Ja ho deia Plató fa molt temps: "L'error més gran a l'hora de tractar una malaltia és que hi ha metges pel cos i metges per l'ànima, quan de fet són dos coses que no es poden separar."

Perdoneu, ja sé que us dono el doble de feina i que segurament no la podreu factura per duplicat, però si ho diu Plató, per alguna cosa serà

Joan Ramon Zaballos i Rubio
Professor de llengua alemanya

OncoGuies: l'eina clau per assolir el salt qualitatiu en l'atenció al pacient amb càncer

Joan Vidal-Jové · Coordinador OncoGuies, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Josep M. Borràs · Director del Pla Director d'Oncologia de Catalunya

Joan M. V. Pons · Director de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Què són les OncoGuies?

Les OncoGuies són les eines que utilitza el Pla Director d'Oncologia (PDO) per assolir l'equitat terapèutica. El departament de Sanitat i Seguretat

Social ha establert el PDO de Catalunya que, entre altres objectius, estableix que cal desenvolupar mesures de millora de l'atenció oncològica basades en la millor evidència possible. La gestió d'aquest pla director ha

estat encomanada a l'Institut Català d'Oncologia (ICO), empresa pública que té entre les seves missions assessorar el CatSalut – Servei Català de la Salut en la prevenció i el control del càncer a Catalunya i en la millora de l'atenció oncològica a la població.

D'altra banda, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), també empresa pública del CatSalut, té entre els seus objectius generar informació procedent de l'anàlisi rigorosa i sistemàtica de l'evidència científica per tal que aquells que han de prendre decisions dins el sistema sanitari ho facin fonamentant-se en la millor informació disponible. En aquest sentit, l'AATRM té àmplia experiència en la realització i l'avaluació de guies de pràctica clínica.

Aquests objectius i missions han cristal·litzat en la signatura d'un acord PDO-AATRM per crear un programa conjunt denominat Programa de Guies de Pràctica Clínica en Càncer – OncoGuies, que presenta com a atributs fonamentals la qualitat, l'eficiència i la transparència.

Qui les elabora?

L'ús d'una OncoGuia ha de garantir rebre el tractament recomanat pels experts de tot el món involucrats en aquesta malaltia. Per assolir aquesta fita, els actors fonamentals responsables del desenvolupament de les esmentades OncoGuies són els professionals:

XHUP: Les comissions de Tumors i els departaments d'Oncologia Mèdica, Hematologia, Oncologia Radioteràpica, Cirurgia, així com especialitats mèdiques i quirúrgiques, i serveis centrals dels hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) aporten l'experiència clínica plasmada en els protocols existents dels principals tipus de tumors. En la fase corresponent del procés revisen, discuteixen i acorden el redactat dels algorismes i el text de les OncoGuies fins a assolir el document definitiu. L'obtenció del consens és el factor que conferirà a aquestes guies la seva excel·lència com a marc de referència i que permetrà donar garantia de rebre el millor tractament demostrat independentment del lloc de residència.

AATRM: L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques compila i revisa sistemàticament, avaluant-ne la qualitat, les guies de pràctica clínica disponibles, nacionals i internacionals, sobre els tipus de càncer que ens ocupen. També avalua la qualitat dels protocols assistencials vigents a Catalunya pel que fa al grau d'evidència que els sustenta i al grau d'acord amb l'experiència revisada. Posteriorment, redacta les corresponents guies, que són discutides en diferents reunions organitzades amb aquesta finalitat, tant amb professionals de les diferents institucions

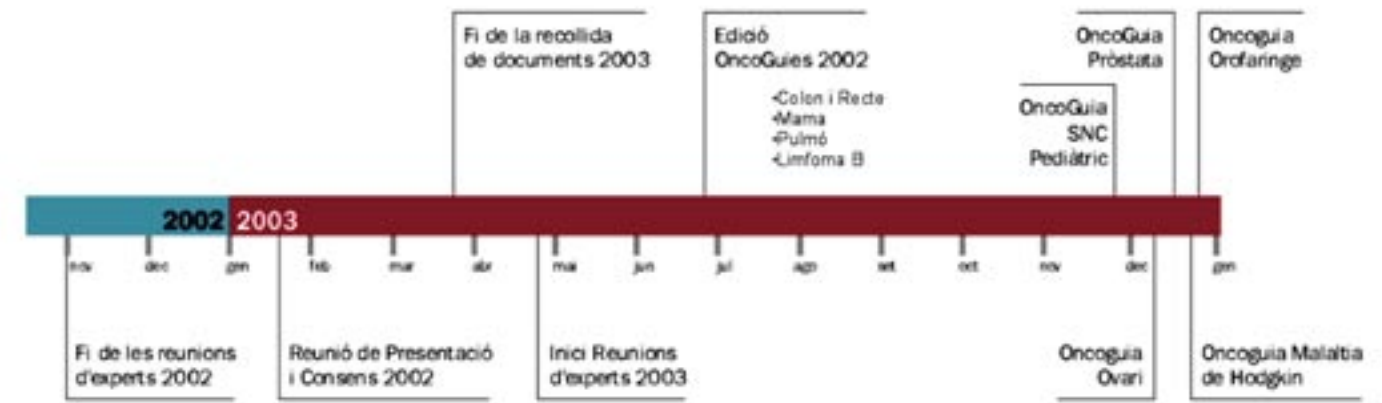


Figura 2. Calendari de les OncoGuies 2003

catalanes com amb experts internacionals.

A qui seran útils les OncoGuies?

Les OncoGuies estan basades en l'estat del coneixement científic, la revisió de l'experiència internacional i les aportacions d'experts del nostre context, tot perfilant i establint la seva aplicabilitat en el nostre entorn sanitari. Per tant, podran ser utilitzades com a referent pel CatSalut en la seva política de compra de serveis i pel Pla Director d'Oncologia en la incorporació i l'aplicació de mesures de millora de l'atenció oncològica. La innovació és estandarditzar el tractament.

Altres potencials beneficiaris són els professionals mèdics, tant per l'obtenció del màxim consens com per la disminució d'incerteses; els mateixos pacients, que reben garantia del millor tractament, així com informació clara i protecció davant de la variabilitat clínica, i finalment, la indústria biomèdica, que obté massa crítica per dirigir recerca cap a les seves afiliades a Catalunya, i prestigi i lideratge dels investigadors principals establerts en el nostre entorn. Els atributs d'equitat, protecció i consens són els que reflecteixen més acuradament la utilitat de les OncoGuies.

Contingut i fases del programa. Situació actual

Les OncoGuies, fetes per professionals i dinamitzades des de l'Administració sanitària, tenen com a qualitats principals el fet de ser bàsiques i clares. La guia tipus disposa de la composició següent:

- Grup d'experts involucrats.
- Metodologia d'elaboració.
- Algorisme de tractament.
- Text explicatiu.
- Referències bibliogràfiques.
- Base de dades amb indicadors d'atenció oncològica (supervivència lliure de malaltia, supervivència global, nombre de ganglis analitzats i altres d'específics del tipus de tumor).

◆ **L'OncoGuia és una eina del Pla Director d'Oncologia per assolir l'equitat terapèutica**

◆ **Garanteix que el pacient rep el millor tractament demostrat sense dependre del lloc de residència**

◆ **És útil a metges i pacients per prendre decisions**

◆ **Els atributs de fiabilitat, protecció i consens són els que reflecteixen més acuradament la seva utilitat**

• Base de dades d'assaigs clínics.

Aquestes dues darreres bases de dades, tant la de resultats com la d'assaigs, són una incorporació diferencial i innovadora pel que respecta a la resta de guies de pràctica clínica internacionals vigents actualment. Actuaran tant de control de qualitat com d'avisador de la necessitat d'actualització de les OncoGuies.

Pel que fa a les fases, com ara el calendari del programa, les figures 1 i 2 són prou explicatives. El programa està estructurat en quatre fases: una primera fase de recollida i anàlisi de la informació, de la qual és responsable l'AATRM; una segona fase per obtenir els esborranys, el consens i la redacció final de les guies, en què participaran l'AATRM i la XHUP; una tercera fase d'implantació de les guies als diferents centres i en què cada centre serà responsable del seu calendari, i finalment, una quarta fase d'avaluació i revisió de les guies, responsabilitat també de l'AATRM. En aquests moments, estem tancant la segona fase. Els atributs que hi volem associar són l'impacte i la característica dinàmica d'aquest procés.

Reunió de presentació i consens de les OncoGuies

Els dies 23 i 24 de gener es va celebrar la reunió de presentació i consens de les OncoGuies de còlon i recte, limfoma B difús de cèl·lules grans, mama i pulmó. L'acte tenia com a objectiu fonamental presentar el document d'esborrany final de les esmentades OncoGuies als professionals de l'entorn sociosanitari de Catalunya que no han intervingut en la seva elaboració i obtenir-ne un consens definitiu abans d'enviar-lo als experts externs per a l'avaluació final.

En primer lloc, es van presentar les característiques del procés, així com la metodologia de gradació de l'evidència i el grau de recomanació acordats en l'elaboració. Es va destacar la participació majoritària dels diferents

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

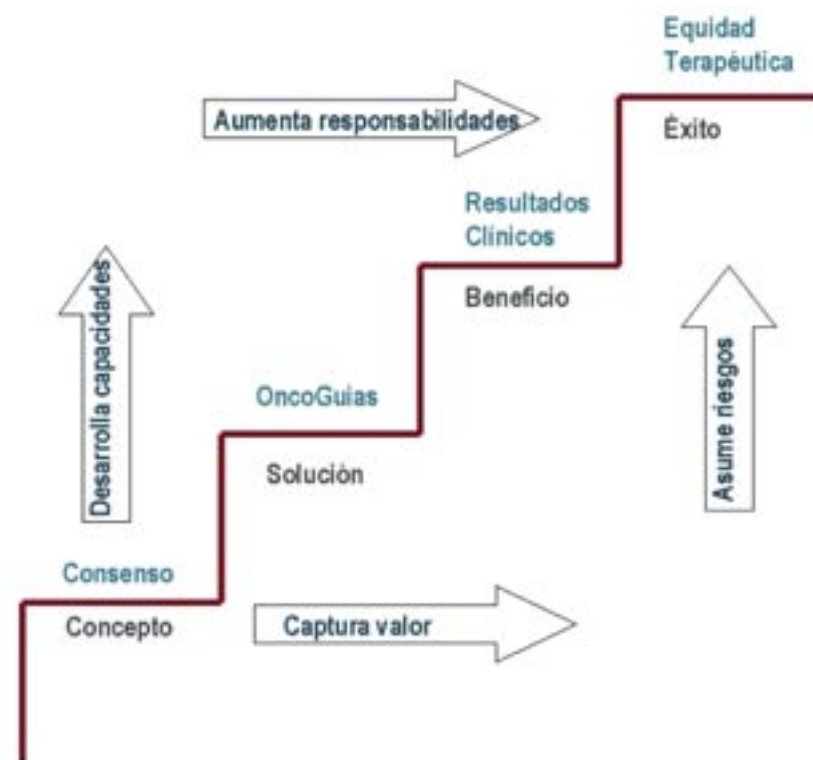


Figura 3. Escaleta del valor afegit de les OncoGuies

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

especialistes: 120 experts d'hospitals de referència, de gran, mitjà o petit volum. A continuació es van presentar les diferents OncoGuies.

Cadascuna de les OncoGuies va ser presentada pels experts que havien contribuït a la seva redacció en el format prèviament acordat: algorismes de decisió per cada opció establerta dins de cadascun dels processos de diagnòstic, tractament i seguiment dels pacients, i text explicatiu. La forma de presentació va ser algorisme per algorisme, amb debat individualitzat per cadascun d'ells. A les taules rodones va destacar la presència equilibrada dels diferents especialistes que participen en el procés oncològic: especialitats mèdiques, quirúrgiques i de serveis centrals.

Es varen recollir tots els suggeriments o modificacions proposats, que seran incorporats a la propera reunió dels grups d'experts. La reunió va ser atesa per 400 inscrits procedents tant de l'àmbit de l'atenció especialitzada, com de l'atenció primària i del món de la gestió clínica.

A la cloenda de l'acte es va destacar la rellevància del programa OncoGuies, no tan sols per la feina feta, sinó per l'existència d'un continu d'implantació i avaluació que garanteix l'assoliment de l'objectiu principal: l'obtenció de l'equitat terapèutica al territori català.

El programa OncoGuies continua durant el 2003. En el mes de setembre va sortir l'edició definitiva de les 4 OncoGuies elaborades el 2002, així com la pàgina web de lliure consulta. A més, al mes d'abril es van iniciar les

OncoGuies de malaltia de Hodgkin, orofaringe, ovari, pròstata i tumors pediàtrics del sistema nerviós central.

Comentaris finals

L'objectiu de qualitat és fer unes OncoGuies fiables i integradores, que puguin competir en qualitat i universalitat amb qualsevol altra de les considerades de referència en diferents entorns sociosanitaris. Tal com es reflecteix a la figura 3, el valor afegit de la solució OncoGuies porta, a partir de l'obtenció del consens entre professionals, a l'assoliment de l'equitat terapèutica i s'obté, com a variable intermèdia, la millora dels resultats en l'atenció sanitària especialitzada.

◆ **La innovació de les OncoGuies és estandarditzar el tractament**

◆ **L'objectiu de qualitat és fer-les fiables i integradores**

De la tortura i vexació de la persona

Dr. Joan Viñas

Els articles 59 i 60 del Codi de Deontologia obliguen el metge a no col·laborar en cap cas en la tortura a qualsevol persona, inclosa la pena de mort i la manipulació de la consciència per obtenir-ne informació, siguin quins siguin els càrrecs atribuïts a la víctima. A l'Estat espanyol, seria expulsat del Col·legi de Metges qualsevol metge que col·laborés amb injeccions letals en la pena de mort o donés substàncies psicòtropes a detinguts per extreure'ls informació. No solament no hi pot ser present, sinó que té l'obligació de denunciar-ho a la justícia si n'és coneixedor.

CODI DE DEONTOLOGIA CATALÀ Capítol VIII

Articles 59 i 60

59. El metge mai no afavorirà, ni que sigui passivament, i encara menys practicarà tortura de cap mena ni altres procediments cruels, inhumans o degradants, inclosa la pena de mort, ni que sigui de manera indirecta. Tampoc no participarà en cap activitat que signifiqui una manipulació de la consciència, siguin quins siguin els càrrecs atribuïts a la víctima, els seus motius o creences i amb independència que hi hagi conflicte armat o no.

60. El metge no ha de ser mai present en cap acte que comporti l'ús o l'amenaça d'ús de la tortura o de qualsevol altre acte cruel, inhumà, degradant, d'opressió o vexació. Ans al contrari, té el deure de denunciar-ho si en té coneixement.



L'enyorat metge de capçalera, sigui en l'àmbit rural o ciutadà, ha estat de sempre el pilar més important del sistema sanitari

L'exercici de l'atenció primària en el segle XXI

Durant els últims decennis s'han produït profundes modificacions en nombrosos aspectes de la sanitat que ens exigeixen a tots una notable capacitat d'adaptació i el simple mecanisme d'extrapolació ens fa pensar que aquest procés no ha finalitzat encara, sinó que prosseguirà durant el futur. Això serà per a tots nosaltres menys traumàtic si mirem de comprendre els orígens i les raons d'aquests canvis.

En aquesta exposició pretenc fer algunes breus reflexions personals sobre determinats aspectes que haurà de tenir en compte el metge d'atenció primària per al seu exercici durant aquest segle. I ho faré en els següents apartats:

1r) Metge d'atenció primària en el segle XXI: la seva importància i característiques.

2) Canvis en la relació metge-pacient.

3r) Fonaments de la pràctica mèdica

Dr. Ciril Rozman · *Catedràtic de medicina, professor emèrit. Universitat de Barcelona*

ahir, avui i demà.

Metge d'atenció primària en el segle XXI

Entre els canvis experimentats en l'àmbit sanitari durant l'últim terç del segle XX potser podríem assenyalar com a fonamentals els tres següents: a) S'han aconseguit espectaculars avenços en les ciències biomèdiques, que han conduït a la introducció d'eficaces mètodes d'exploració complementària, sobretot en el camp de la imatge, així com de nombroses modalitats terapèutiques, siguin farmacològiques, quirúrgiques, de substitució d'òrgans i altres. b) Els avenços assenyalats han modificat

les modalitats d'exercir la professió mèdica amb l'aparició d'innombrables subespecialistes. c) Els dos aspectes que acabo d'esmentar s'han associat a un fenomen en l'organització sanitària, l'anomenat hospitalocentrisme, és a dir, un gran èmfasi per desenvolupar tota l'assistència a l'hospital, habitualment de tercer nivell.

Els canvis assenyalats han anat acompanyats d'un progressiu augment dels costos del sistema sanitari, ja que els hospitals es fan cada vegada més complexos i absorbeixen cada vegada més recursos, tant materials com personals. L'espiral de la superespecialització condueix a extrems insospitables i, així, prenent com a exemple la cardiologia, han sorgit, al costat del cardiòleg general, el súper o ultraespecialista en ecocardiografia, en cardiologia nuclear, l'expert en malaltia

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

coronària o l'expert en arítmies, per esmentar-ne només uns quants. No obstant, els recursos disponibles no experimenten un creixement paral·lel al dels fenòmens descrits, raó per la qual és necessari implantar polítiques de salut en què s'estableixin clarament les prioritats d'acord amb els criteris d'equitat, eficàcia i eficiència. Aquesta forma d'assistència sanitària, altament tecnificada i centrada en l'àmbit de l'hospital, ha fet la medicina cada vegada més deshumanitzada i poc satisfactòria per a la població atesa. A més, hi ha múltiples dades científiques que demostren que els increments de la complexitat i dels costos dels sistemes sanitaris no s'han vist reflectits en un augment paral·lel del nivell de salut de la població general.

Els dos factors assenyalats, la falta d'humanisme i la consegüent insatisfacció de la població atesa, per un costat, i la insuficiència de recursos econòmics a disposició del sistema sanitari, per l'altre, fan palesa la necessitat de potenciar totes les activitats de l'atenció primària. L'enyorat metge de capçalera, sigui en l'àmbit rural o ciutadà, ha estat de sempre el pilar més important del sistema sanitari. Gràcies a la capacitat d'aproximació integral als problemes dels seus pacients des de l'àmplia perspectiva bio-psico-social, juntament amb la constant disponibilitat, el coneixement mutu amb els seus malalts i l'assistència permanent, ha fet una tasca eficaç i satisfactòria per a la població.

El metge de capçalera del segle XXI hauria de preservar totes aquestes virtuts que l'han adornat de sempre, però a la seva ja feixuga càrrega haurà d'afegir una sèrie de característiques que seran pròpies de la manera d'exercir la nostra professió en el futur. Probablement, la més important és la d'intervenir no tan sols en els aspectes curatius, sinó a posar gran èmfasi en les tasques de prevenció de les malalties i promoció de la salut. El canvi terminològic d'assistència primària a atenció primària vol assenyalar justament aquest extrem, és a dir, no romandre només en l'aspecte més clàssic del metge de capçalera, que és el guariment de les malalties, sinó estendre les seves activitats a les tasques de profilaxi i promoció sanitàries. Aquest canvi es descriu amb la frase de "passar de la malaltia individual a la salut col·lectiva", perquè en aquestes tasques complementàries s'inclouen les preocupacions pel sanejament bàsic, la salubritat de l'aigua, la prevenció i el control de les malalties endèmiques, l'educació sanitària i altres d'importància comunitària.

Una altra nova característica del metge de capçalera del segle XXI és la necessitat d'integrar-se en equips multidisciplinaris en els anomenats centres de salut, encara que amb gran

Les tasques del metge de capçalera del segle XXI són prevenir i intervenir



atenció perquè el pacient no perdi la relació individual amb el seu metge. Una de les propietats de l'atenció primària així entesa és la d'integrar tots els elements de promoció, prevenció, tractament, rehabilitació i reinserció social.

Canvis en la relació metge-pacient

Durant segles s'ha considerat que la malaltia física ofuscava també la ment del pacient i li impedia prendre decisions adequades respecte a la seva salut. És per això que la relació metge-pacient era de tipus paternalista, és a dir, el metge prenia les decisions i el malalt simplement obeïa. Es donava per suposat que el metge prendria sempre la millor opció per al pacient, el qual no participava en les decisions i ni tan sols estava informat de la seva situació.

Als inicis dels anys setanta varen començar a produir-se profundes modificacions en aquest terreny i la relació metge-pacient s'ha anat convertint en una negociació entre dues

D'una banda, és necessari que el metge adquireixi i mantingui durant tota la seva vida la màxima competència possible. Però, d'altra banda, el pacient hauria de participar en el procés de rearmament moral que seria desitjable per a tothom. Si l'esperit ètic impregna tota la societat, les relacions humanes seran més fàcils i, així, la relació metge-pacient, a banda de més madura, tornarà als nivells de confiança mútua que mai haurien d'haver-se perdut.

Fonaments de la pràctica mèdica

La professió mèdica l'exerceix l'home, un ésser dotat de capacitat per a una actuació intel·ligent i, a la vegada, moralment correcta. Durant la seva tasca professional, el metge es posa en contacte amb un altre ésser humà, caracteritzat per la seva triple complexitat bio-psico-social.

En altres temps, el metge disposava de pocs recursos tècnics, per la qual cosa les seves actuacions assistencials es basaven fonamentalment en les

◆ *La relació metge-pacient era, fins als inicis dels anys setanta, paternalista*

◆ *El professional sanitari ara té l'obligació d'informar el pacient perquè decideixi*

persones adultes i autònomes: el professional sanitari té l'obligació d'informar i el pacient el dret de consentir o decidir. Aquesta nova situació ha estat defensada durant els últims anys com a idònia des del punt de vista moral, s'ha concretat recentment en un precepte legal (Llei 21/2000 sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient i documentació clínica).

És obvi que aquesta nova relació és més participativa i ha guanyat en maduresa, però malauradament també en conflictivitat. La confiança absoluta i sense límits que el pacient dipositava en el metge es converteix no rares vegades en recel, la qual cosa es tradueix en freqüents demandes judicials per negligència professional. D'això neix l'anomenada medicina defensiva. El metge, en un intent de protegir-se davant d'aquestes contingències, multiplica fins a extrems insospitats la pràctica de les exploracions complementàries, la qual cosa fa l'exercici mèdic més car i també més perillós per al mateix pacient pels efectes indesitjables que les esmentades exploracions li poden originar.

Aquesta nova forma d'assistència s'hauria de modificar i per això es requereix l'esforç d'ambdues parts.

seves pròpies capacitats d'observació, percepció sensorial i intel·ligència per processar les informacions rebudes. Avui dia, els avenços en matèries biomèdiques han estat tan espectaculars que no pocs metges han renunciat a l'ús de les seves pròpies capacitats humanes.

Com a exemple dels fonaments esmentats, analitzaré les característiques que hauria de tenir el procés diagnòstic, un dels components més importants de l'exercici mèdic. El procés diagnòstic comença per la realització de la història clínica. Aquest acte és essencialment humà, ja que un ésser humà, el pacient, refereix els seus problemes –motiu de consulta– a un altre ésser humà, el metge. Es tracta de la primera i importantíssima fase del procés diagnòstic que mai podrà ser substituïda per l'ordinador. Personalment, no sóc sospitos de tenir actituds contràries a l'ús de la informàtica en nombrosos vessants de la vida moderna, inclosa la medicina –la meua experiència en aquest terreny es remunta a més de 25 anys i no es limita a la d'un simple usuari d'un PC–, però estic convençut que l'anamnesi no podrà ser substituïda

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

mai per l'ordinador.

La realització de la històrica clínica és quelcom molt més complex que una freda recollida d'unes dades anamnèstiques. Constitueix un primer contacte entre dos éssers humans, és a dir, és l'establiment d'una relació pacient-metge, la qualitat de la qual determinarà en gran manera l'eficàcia de l'acte professional. Durant la realització de la històrica clínica, el metge recull no només els símptomes subjectius del malalt, sinó que s'adona de fins a quin punt influeixen en ell les seves característiques psíquiques i circumstàncies socials, és a dir, els aspectes de l'entorn familiar, laboral i d'altres. La històrica clínica permet formular les primeres sospites diagnòstiques molt fonamentades. És més, quan el metge durant l'anamnesi no ha aconseguit una orientació prou precisa per on prosseguir el passos del procés diagnòstic, és probable que hagi iniciat un camí de desorientació.

La segona fase del procés diagnòstic consisteix a recollir les dades objectives o els signes que ens ofereix el pacient. Aquesta fase té dos components: un, l'exploració física i, l'altre, les exploracions complementàries. La primera mai no podrà ser substituïda per la segona. L'exploració física, feta en virtut d'unes capacitats sensorials dirigides per la intel·ligència, és d'un valor incalculable. El metge que durant la seva formació hagi adquirit una

ambdós, a partir d'un conjunt d'observacions i seguint una sèrie de passos lògics, s'aconsegueix formular: en el mètode científic, una teoria i en el mètode clínic, una opció diagnòstica que després és verificada per l'evolució, la resposta al tractament o fins i tot per les comprovacions anatomo-patològiques finals.

Desitjo cridar l'atenció sobre el fet que l'elaboració del diagnòstic és un procés intel·lectual de l'ésser humà i que la intel·ligència artificial difícilment el podrà igualar mai. La naturalesa del raonament diagnòstic es va coneixent millor. Així, ja es reconeixen les seves diverses estratègies, com la probabilística, que es basa en relacions estadístiques entre variables clíniques i versemblança diagnòstica; la causal, que consisteix a construir un model fisiològic i verificar fins a quin punt les troballes d'un determinat pacient poden ser explicades per ell; o la determinística, que es basa en senzilles regles derivades de la pràctica. Amb tot, el procés diagnòstic realitzat per l'home no es pot dissecar d'aquesta forma tan esquemàtica, sinó que, igual que la intel·ligència humana, és forçosament complex ja que fa servir diversos ingredients de les estratègies esmentades. El diagnòstic instantani (l'anomenada Blitzdiagnose dels alemanys), que a vegades realitza un clínic brillant, suposa un fenomen d'integració intel·lectual tan complex que és i serà impossible o molt difícil de reproduir a través de l'ordinador.

◆ *L'elaboració del diagnòstic és un procés intel·lectual de l'ésser humà*

◆ *És i serà impossible que l'ordinador reproduïxi el diagnòstic instantani*

capacitat d'aprofitar les enormes possibilitats del seus sentits (vista, tacte, oïda i olfacte) i s'hagi entrenat a fer-los servir de manera sistemàtica, amb freqüència podrà arribar ja, després de la corresponent anamnesi i exploració física, a la formulació d'hipòtesis diagnòstiques prou segures. Només llavors farà ús, de forma mesurada i proporcionada a les necessitats del cas, de les exploracions complementàries, siguin de laboratori, siguin dels potents mètodes d'imatge o d'altres. Les exploracions complementàries han d'acomplir la seva condició de complement de l'anamnesi i de l'exploració física.

En la tercera fase, es procedeix a l'elaboració del diagnòstic definitiu. Es tracta d'un procés intel·lectual, que segueix les directrius de l'anomenat mètode clínic, el qual té una gran similitud amb el mètode científic. En

Actualment, amb freqüència la pràctica mèdica dista molt dels fonaments que acabo d'exposar. Per raons a vegades justificades, com és la falta de temps per la imperfecta organització sanitària, l'anamnesi és breu o inexistent, la qual cosa condueix, d'entrada, a una relació metge-pacient dolenta. L'exploració física s'omet, a canvi d'abusar de les exploracions complementàries en un intent d'arribar al diagnòstic pel mètode de la perdigonada. Atès que aquests intents solen fallar, es procedeix després a tractar els símptomes del pacient sense haver arribat al diagnòstic. Aquest tipus d'exercici clínic, en què el metge renuncia als seus dons humans més preuats, es converteix en rutinari, quasi reflex, com l'he anomenat en alguna ocasió, realitzat per via medul·lar. El resultat final és: a) Una gran insatisfacció de la població

L'exploració física mai no podrà ser substituïda per la complementària



atesa. b) Una intensa desil·lusió dels mateixos professionals, que solen ser conscients dels defectes de la seva manera de procedir. c) Un vertiginós creixement dels costos per l'abús de les exploracions complementàries i també de les teràpies de perdigonada que intenten suplir aquesta medicina adiagnòstica.

Una altra característica essencial que hauria d'impregnar tota l'activitat professional del metge és la bondat moral, que segons el meu judici és part integrant del concepte de competència clínica. Entenem per aquesta una capacitat d'actuacions tècnicament correctes, és a dir, una bona anamnesi, una exploració física idònia, un ús mesurat dels mètodes d'exploració complementària, l'ús del mètode científic per a l'elaboració del procés diagnòstic i l'ús de bases racionals per a la posada en pràctica

de la terapèutica. Però tot això no és suficient perquè es pugui parlar d'una autèntica competència clínica, ja que aquesta es caracteritza, a més, per l'exquísida consideració dels aspectes psicològics del malalt i del seu entorn, és a dir, dels vessants psicosocials. I, finalment, l'exercici del metge s'ha de caracteritzar per un gran respecte pels principis ètics, és a dir, ha de ser moralment bo.

Reproduïxo les paraules d'un dels autors espanyols més prestigiosos en el camp de la bioètica, el Dr. Diego Gracia. I, per ser fidel als matisos que contenen, les presento en la seva llengua original: "Los actos médicos han de cumplir siempre dos condiciones básicas, que son la corrección y la bondad. Un acto es incorrecto cuando no está técnicamente bien realizado. Si un médico no sabe utilizar de forma adecuada los procedimientos diag-

nósticos y terapéuticos, decimos que los utiliza "incorrectamente": la incorrección implica siempre falta de suficiencia técnica. Por eso, al médico que practica su arte de modo incorrecto se le califica de "mal médico". Hay malos médicos como hay malos conductores de automóviles o malos pintores. Los malos médicos no se identifican con los "médicos malos". Mal médico es el que posee una capacidad técnica insuficiente o incorrecta, en tanto que el médico malo es aquél que la utiliza mal porque es moralmente malo. Un buen médico puede ser a su vez un médico malo, dado que la suficiencia técnica no implica necesariamente la bondad moral, por lo que al médico se le deben exigir ambas características. Por ello, desde los tiempos de la Antigüedad romana se va definiendo al médico como *vir bonus medendi* peritus, es decir, hombre bueno perito en

el arte de curar. La pericia en el arte de curar define la "corrección técnica" del ejercicio médico y convierte a quien lo realiza en "buen médico"; la bondad humana, por su parte, define la "bondad moral" del profesional y hace de él un "médico bueno". Son dos factores imprescindibles: la falta de uno de ellos es incompatible con el ejercicio adecuado de la profesión."

I acabaré dient que aquesta definició maximalista de la competència clínica ja queda reflectida en una antiga frase que figura en la làpida d'un prestigiós internista alemany del segle XIX, Nothnagel: "*Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt werden*" ("Només un home bo pot ser un bon metge"). En aquests temps d'una creixent deshumanització de la medicina, és necessari defensar aquesta màxima vàlida per a la pràctica mèdica d'ahir, avui i demà.

El doctor Amali Prim Seguí (1878-1937)

Dr. Manuel Camps i Clemente i Dr. Manuel Camps i Surroca

Lleidatà de soca-rel, el doctor Amali Prim i Seguí va néixer al número 38 del carrer Major de Lleida, el 2 de març de 1878. El seu pare, Agustí Prim i Tarragó, va ser cronista oficial de la ciutat, sobre la qual va publicar nombrosos opuscles. Home polifacètic i erudit, el doctor Amali Prim, a més de destacar en el camp de la medicina, també ho va fer com a músic eminent.

La il·lusió del Dr. Amali Prim era ser concertista de piano, somni del qual el seu pare el va fer desistir i el va emmenar a l'estudi de la medicina, possiblement perquè la considerava una professió de futur més segura. Malgrat tot, Amali Prim va ser un excel·lent pianista i, fins i tot, va arribar a compondre algunes peces.

La seva admiració per la figura i obra de Wagner el va empenyer a estudiar alemany, idioma que va dominar fins a l'extrem de ser-ne professor. Va formar part com a promotor i vicesecretari d'un reduït grup d'entusiastes wagnerians, germen de la que seria l'Associació Wagneriana de Barcelona, fundada el 1901. També va ser president de la Filharmònica de Lleida.

Es diu que era capaç d'executar sense interrupció els tres actes de *Tristany i Isolda* i d'interpretar a la perfecció qualsevol de les seves obres directament de la partitura, sense estudi previ.

La seva exagerada idolatria wagneriana va fer que posés al seu fill el nom de Sigfrid i al cavall que emprava per fer les visites mèdiques a la rodalia de la ciutat, Girane, com el de Brunilda, un altre dels personatges de l'òpera *Tristany i Isolda*.

També sentia admiració per Chopin. En un viatge que va fer amb un grup d'amics a Mallorca, al visitar la cartoixa de Valldemossa va seure a la banqueta del piano de l'esmentat músic i a l'interpretar les primeres notes de la seva *Marcha fúnebre* no va poder reprimir unes llàgrimes d'emoció.

El 17 de juny de 1925, la junta directiva de l'Ateneu Lleidatà va invitar Amali Prim a oferir un concert conferència al saló d'actes del Casino Independent. La concurrència va ser molt nombrosa

i el programa que interpretà inclogué tres sonates: una de Mozart, una de Beethoven i la tercera de Wagner. Molt aplaudides pel públic assistent, fou obligat a interpretar, ja fora de programa, la simfonia de *Lohengrin*.

L'Ateneu li encarregà l'organització de curssets de cultura musical amb la interpretació d'obres d'alguns clàssics.

De caràcter jocós, Prim, amb un grup d'estudiants de medicina del seu mateix tarannà, editaren la publicació *La Xeringa*, de caire eminentment festiu.

Llicenciat en medicina a Barcelona el 1902, va exercir a Maçanet de la Selva, Albesa i, finalment, a Lleida.

Des de l'any 1917 fins al 1921 va ser director del *Boletín Médico* i de la publicació de caire independent *Revista Sanitària*, des dels seus inicis a l'octubre del 1924 fins al gener del 1925. Per cert, que un article que hi publicà en defensa del doctor Lleó Formiguera, en què considerava excessiva la inhabilitació durant un any a què havia estat castigat per una falta no gaire greu, provocà la dimissió irrevocable de la junta directiva del Col·legi de Metges. També dirigí la revista *Lleida* entre els anys 1921 i 1930.

A causa de la cardiopatia que l'afectava, la seva activitat assistencial domiciliària es va veure molt reduïda ja que li resultava molt feixuc pujar a tants pisos i caminar pel gran nombre de carrers costeruts de la ciutat.

En el camp de la medicina, va ser en el si del Col·legi de Metges on la figura d'Amali Prim va arribar a ser l'ànima durant molts anys. A les eleccions per la junta de govern de l'any 1911, Prim va ser elegit secretari d'actes. Ho seria fins a l'any 1920. Una de les primeres resolucions de la nova junta col·legial va ser la de conferir el títol d'òrgan oficial del Col·legi al *Boletín Médico*.

Home preocupat per les qüestions d'higiene alimentària, inicià una campanya destinada a donar a conèixer les mancances que en aquest apartat patia la ciutat de Lleida. Des dels seus articles al *Butlletí Mèdic* se'n feia ressò la premsa diària. És prou eloqüent l'ar-



A l'esquerra de la fotografia hi ha el Dr. Amali Prim

ticle que publicà l'11 d'abril de 1917 en què denunciava el lamentable estat en què es trobava el mercat de la plaça de Sant Joan, amb els productes exposats entre tota mena de brutícia i fins i tot amb un pestilent urinari a la part central. També denunciava: "Durant els enterraments, els cadàvers passen entre les cols i patates que després es mengen tranquil·lament."

Acabava l'escrit suggerint que els venedors, en comptes d'exposar els seus productes a terra, ho fessin a sobre de taules cobertes amb tendals.

Aquesta denúncia influí perquè l'Ajuntament prengués l'acord de construir un mercat emplaçat cèntricament, ampli i aïllat, ben pavimentat i amb una bona ventilació. I així es va fer, amb el suport de la Mancomunitat i del seu president, Enric Prat de la Riba. Va ser el desaparegut mercat de Sant Lluís.

El 15 de novembre de 1916 se celebrà junta general ordinària del Col·legi al saló de sessions de l'Ajuntament per posar sobre la taula un tema polèmic: Hisenda demanava a la classe mèdica deutes que s'havien d'haver fet efectius feia dos anys i ara n'exigia el pagament.

Hisenda tenia el projecte d'augmentar el tipus de contribució, canviant el sistema de cobrament per patents pel d'utilitats. Tots els col·legis s'ocupaven d'aquest assumpte perquè en cas d'aprovar-se a les Corts, suposaria un gran perjudici per als metges en exercici.

El 15 de gener es convocà junta general al Col·legi per procedir al repartiment de la quantitat de 3.307,96 pessetes, assignada per Hisenda per a les patents dels metges que exercien a Lleida capital. El repartiment fet per la junta del Col·legi va ser aprovat per tothom i, a proposta del doctor Francesc Cava, es felicità els doctors Prim, Vicens i Castro per la justícia i l'equanimitat amb què havien resolt "un tema tan delicat".

Amali Prim es queixà en aquella sessió de la poca cooperació dels col·legiats a defensar els interessos de la classe mèdica, de l'egoisme de molts i de la poca participació. Propugnà que desaparegués l'individualisme i que fos substituït per l'esperit de classe, el qual ja en molts llocs s'havia consolidat. Aquest criteri de solidaritat va ser idea fixa i constant en el seu procedir.

Quan per Reial decret de 15 de maig de 1917 es dictaren les normes perquè la col·legiació obligatòria, a la qual tan reacs eren alguns metges, es fes efectiva, Amali Prim, gran defensor de la col·legiació, publicà un escrit al *Butlletí* dient:

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

“La constitució del nostre Col·legi, amb los seus delegats forans, ha sigut un veritable aconteixement que diu, ben clar, les ansies de millores col·lectives que sent la nostra classe. Poc a poc, los metges van adonantse de que, treballant per la col·lectivitat, se treballa ensem per un mateix.

Tots els districtes contestaren a la crida i la nombrosa Junta fou solem·nialment constituïda. Avui tots los metges de la nostra província tenen un organisme robust quel's representa i els defensara sempre que convingui.”

I afegia: “Lo terrible individualisme quen's devora fa quasi inútils totes les tentatives de regeneració mèdica. No la sentim prou encara la col·lectivitat. No sabem considerar quel's nostres interessos son afins i que no devem mirar-nos uns ab altres com a enemics.”

“Res d'aïslament. Un home sol, poc pot. Molts, ben units, son una gran força.

Apliquem doncs les noves teories socials a nostra classe tant abandonada. Estrenyem nostre companyerisme ben fort. Establim una ferma solidaritat d'interessos, d'aspiracions i de pensament i, al moment, veurem quins fruits més esplendits dona l'arbre de la Medicina que tan feble sembla avui.”

Aquest esperit de companyonia i igualtat d'oportunitats entre els metges va afavorir la celebració de juntes entre els metges de distintes comarques. Així, el 25 de maig de 1919 se celebrà a Granyena de les Garrigues la primera d'aquestes reunions comarcals, a la qual assistí ell mateix. El metge de la localitat, el doctor Sanvicens, va obsequiar els assistents amb un dinar



A la imatge de l'esquerra, la família del Dr. Amali Prim i a la imatge de la dreta, el metge lleidatà

◆ **El Dr. Prim va dirigir les revistes ‘Boletín Médico’, ‘Revista Sanitària’, publicació de caire independent, i ‘Lleida’**

◆ **L'any 1911 va ser elegit secretari d'actes del Col·legi de Metges de Lleida i va ocupar el càrrec fins al 1920**

de germanor. La gran afició musical del doctor Prim i el fet que el doctor Sanvicens fos el director de l'orfeó local motivaren que després de l'àpat actués l'esmentat orfeó, actuació que fou molt celebrada.

En aquestes reunions comarcals, a més de tractar els assumptes col·legials del moment, el doctor Prim aprofitava per fer una defensa del projecte –del qual era un partidari entusiasta– de creació d'una companyia de socors entre els metges de la província

per poder rebre assistència tant en el cas de malaltia del mateix metge com dels seus familiars, per defunció del titular.

No deixava de banda tampoc el vesant científic de la professió. N'és un exemple la seva assistència i participació en un esdeveniment de primera magnitud en el camp mèdic en aquell temps: la celebració a Madrid del I Congrés Nacional de Medicina, sota el patronatge del rei Alfons XIII, en què la presidència d'honor fou encomanada

a Santiago Ramón y Cajal. Es va dur a terme del 20 al 24 d'abril de 1918. Hi assistiren uns 2.970 congressistes, entre ells els doctors Prim, Franco, Rourera i Piniés de Lleida. Es considerava des del Col·legi que aquest congrés era de vital importància perquè d'aquelles reunions es pretenia crear l'Asociación Médica Española, agrupació nacional en què es veuria representada la classe mèdica i que es pretenia que fos una veritable federació de col·legis.

Quan l'any 1919 es creà la Federació de Col·legis de Metges de Catalunya, la Junta Regional de Lleida va ser presidida pels doctors Amali Prim i Josep Maria Vicens.

A Madrid, el doctor Almazar va reproduir un article d'Amali Prim publicat al *Butlletí* i el va titllar d'autonomista. El doctor Prim li replicà que el *Butlletí*, òrgan oficial del Col·legi de Metges de Lleida, no era ni autonomista ni centralista, que era apolític, tot i que, particularment, els seus redactors eren del color que volien. En aquella rèplica, també hi afegia el doctor Aragonés, a més de l'esmentat Almazar: “¿Que

quereis más? En las Universidades, en revistas, en la correspondencia, en la política, etc., os hablamos en castellano. Acaso os molesta que hablemos en catalan?. Ah! Eso no: esto nunca lo conseguireis!”

Com a gran defensor del sindicalisme mèdic, Amali Prim deia a través del *Butlletí*: “L'irritant desigualtat, l'individualisme imperant que estableix dues castes de metges –uns plens d'honors i riqueses i altres trescant per les montanyes sense profit moral ni material– ha d'acabar-se per força.”

Molts metges que recriminaven el Col·legi perquè no recollia ni defensava prou les seves reivindicacions, serien el brou de cultiu perquè una part del col·lectiu mèdic, més obrer, radicalitzés les seves postures i s'aplegués al voltant d'un sindicat que, en principi, vetllaria més pels seus interessos. Seria el futur Sindicat de Metges de Catalunya.

A l'adveniment de la segona República, el 14 d'abril de 1931, Amali

◆ **Fou un gran defensor de la col·legiació obligatòria**

◆ **Volia crear una companyia de socors entre els metges per poder rebre assistència**

Prim va militar a Esquerra Republicana i en va ser secretari. Quan el maig del 1934 es constituí l'Agrupació Mèdica dels Metges Socis de Joventut Republicana, integraren la junta: Amali Prim, com a president; Màrius Torres Perenya, com a secretari, i Enric Godàs, com a tresorer.

El 2 de novembre de 1937, quan ocupava el càrrec de secretari general i oficial major del Col·legi, el doctor Amali Prim i Seguí morí com a conseqüència del bombardeig que hi va haver a Lleida aquell dia, quan es trobava a la seu col·legial i, a la vegada, domicili particular, a l'edifici del Liceu Escolar del Carrer Blondel. Pocs dies després també morí la seva esposa de resultes de les ferides que patí en l'esmentat bombardeig.

Creiem que s'imposava reivindicar la injustament oblidada figura de l'erudit doctor Amali Prim i Seguí, home bo, estimat i respectat per tothom i que va ser l'ànima del nostre Col·legi durant tota la seva vida professional fins a la seva tràgica mort.

El vertigen i altres alteracions de l'estàtica

Dr. Xavier Galindo Ortego · Cap del Servei ORL de l'Hospital de Santa Maria-GSS

Tractarem el tema del vertigen per moltes raons, però, fonamentalment, per les següents:

- Perquè és un dels problemes més habituals en la clínica diària.
- Per la impotència funcional, social i laboral que pateix el pacient vertiginós.
- Pels diversos tipus de sensacions que el mateix pacient defineix com a mareig.
- Perquè les definicions i les descripcions dels símptomes i els conceptes no estan prou estandarditzades o són un embolic.
- Per la variada etiologia i la diversa gravetat.
- Perquè és una de les patologies que produeixen un major consum de fàrmacs a llarg termini, molts de valor terapèutic confús o no demostrat.
- Perquè la incidència i la prevalença són molt variables segons l'article consultat.

Pensem, per tant, que fóra interessant dur a terme una sèrie de monogràfics dedicats a la patologia esmentada: les definicions, l'origen, el diagnòstic, el diagnòstic diferencial i els tractaments que cal dur a terme.

Diverses publicacions, i no només les especialitzades ORL, destaquen que entre el 6 i el 10% de les consultes mèdiques es realitzen per mareig/vertigen o sensació d'instabilitat. Com a símptoma, és el quart més freqüent en les dones i el setè en els homes.

Tots estem d'acord que aquest procés s'incrementa amb l'edat. Quasi el 90% dels ancians han patit alguna vegada mareig/vertigen o instabilitat. Podem parlar fins i tot del presbivertigen o, millor, de la presbistàsia (alteració de l'estàtica postural d'origen prèbic) com a entitat nosològica deguda a un procés degeneratiu de tipus fisiològic, que acompanya el declivi generalitzat de la senectut.

La distribució per sexes és favorable a les dones en 2/1, encara que algun autor centreeuropeu obté uns resultats similars o fins i tot lleugerament superiors en els homes.

De tota manera, al ser una patologia

multifactorial i molt dividida pel que fa a l'atenció no tenim una referència específica per valorar realment la incidència i la prevalença dels problemes de l'estabilitat.

En una enquesta recent realitzada per la Societat Espanyola d'ORL als metges d'assistència primària s'obtenien les dades següents:

- El pacient vertiginós suposa el 6,5% de totes les visites fetes, amb una mitjana setmanal de 7,5 pacients d'aquestes característiques. Més freqüent a les dones i s'incrementen les consultes a partir dels 65 anys.
- Per símptomes, és molt més habitual el vertigen que produeix mareig/desequilibri que el de tipus rotatori.
- En el 99% dels casos, es prescriu algun tipus de tractament mèdic.
- Els facultatius valoren més els fàrmacs de tipus sedant vestibular que els vasodilatadors, però, curiosament, els recepten de forma molt similar.
- El 90% dels pacients que consulten per mareig tornen a la consulta d'assistència primària almenys una

◆ *Entre el 6 i el 10% de les consultes són per vertigen*

◆ *És el quart símptoma més freqüent en les dones*

◆ *Quasi el 90% dels ancians l'han patit alguna vegada*

vegada més.

La bibliografia anglosaxona és menys específica i, habitualment, ens parla de xifres generals. Així, informa que al voltant del 30% de la població dels EUA ha experimentat episodis de vertigen a partir dels 65 anys. Es calcula que els metges visiten 7 milions de nord-americans a l'any per vertigen i/o instabilitat.

Des del punt de vista otorinolaringològic, el 20% dels pacients que consulten un especialista es queixen de mareig, vertigen i alteracions de l'equilibri.

Definició

El vertigen és aquella sensació de moviment rotatori o de desplaçament del mateix pacient o bé de l'entorn. És, per tant, una il·lusió de moviment. Hem de diferenciar el vertigen pròpiament dit del desequilibri sense desplaçament, la instabilitat, la sensació de malestar i debilitat que es pot traduir en mareig i els quadres de tipus vagal.

L'anamnesi és, com sempre, l'acte clínic més important per al metge de cara a diagnosticar. La utilitat de l'anamnesi és superior a la de qualsevol prova instrumental i encara més en el tema que tractem.

El problema fonamental de la patologia de l'equilibri en la consulta diària és que es difícil establir un correcte diagnòstic diferencial, ja que necessitem l'aplicació d'unes exploracions que, encara que tots coneixem i que són bàsiques, són llargues de realitzar, a vegades difícils de fer perquè poden provocar al malalt una crisi a la consulta, feixugues i, en algun cas, complicades de traduir. Per això, moltes vegades tots plegats volem, erròniament, basar el diagnòstic en proves complementàries més sofisticades que, en realitat, ben poques coses poden afegir a una correcta anamnesi i una completa exploració.

Classificació

1.- Clàssicament, el vertigen es divideix en central, perifèric i mixt des del punt de vista topogràfic, amb petites variacions segons els autors. Aquest sistema de classificació ens serà molt útil a l'hora d'intentar localitzar, de forma no gaire fina, el lloc anatòmic del possible problema. Atès que el vertigen és una il·lusió de la consciència espacial i que aquesta ve definida per tres aferències fonamentals, recordarem el famós tríode de l'equilibri:

- Sistema vestibular.
- Sensibilitat propioceptiva.
- Sistema visual.

Les característiques clíniques que es deriven de l'exploració d'aquestes aferències ens donaran la definició de vertigen perifèric/central. (figura 1).

En els perifèrics trobem un error en les aferències (entrades) del tríode de

Vertigen perifèric	Vertigen central
Complet. Vertigen, alteració auditiva, vegetatisme, nistagme	Incomplet
Proporcionat. Vertigen proporcional als símptomes	No proporcionat
Harmònic	Manifestacions neurològiques

FIGURA 1

l'orientació espacial (vestíbul, retina, propioceptiva). Per aclarir una mica més la clínica, un clàssic exemple de vertigen perifèric d'origen vestibular seria aquell que pot aparèixer a l'anar a dormir després d'una nit de marxa per toxicitat directa del laberint per l'alcohol. És important explicar que en els vestibulars la sensació de gir augmenta al tancar els ulls.

En els centrals hi ha una alteració dels programadors i dels sistemes de control del sistema (si ho comparem amb un ordinador, seria el *software*), per exemple els vertigens d'origen neurològic (AVC), alteracions psicològiques (trastorns fòbics...) o malalties sistèmiques.

Cal explicar que els de tipus mixt són aquells en què es poden barrejar els dos anteriorment esmentats i trobarem, doncs, un trastorn dels canals d'entrada (aferències) i també dels centres d'elaboració i programació, per exemple, els vertigens d'origen traumàtic per un gran TCE amb afectació de moltes estructures endocranials o un neurinoma del VIII prou gran per comprimir el tronc cerebral.

2.- De tota manera, avui en dia creiem que la classificació topogràfica clàssica no és la més correcta, encara que segueix sent la més didàctica, perquè no és prou aclaridora, ja que molts dels símptomes acompanyants se sobreposen en la clínica de forma freqüent i no ens centren realment en el tipus d'etiologia, la qual cosa pot redundar de forma negativa a l'hora d'establir un tractament.

La classificació que podríem denominar per etiologies és possiblement més completa, encara que pot afegir dubtes en aquells pacients en què existeix multipatologia de base (cada vegada més freqüents). (Figura 2)

De tota manera, potser la classificació més senzilla és la de Brandt, que considera vertigens fisiològics aquells que apareixen en individus sans per sobreexcitació del sistema, per exemple, cinetosi i autorotació, i la resta són els patològics.

Avui en dia, tothom creu que les esmentades classificacions són complementàries. Considerant que estem a l'era de la informàtica i de les proves complementàries específiques –la major part dels vertigens encara es diagnostiquen per la clínica -80%- cal tenir en compte ambdós criteris, el topogràfic clàssic i l'etiològic, a l'hora de diagnosticar un pacient vertiginós.

Exploració del pacient vertiginós

Un altre tema espinós és l'interrogatori i l'exploració del pacient que té mareig, ja que utilitza termes confusos: que es troba malament, que té sensació de gravetat, que està angoixat i que, segurament, tornarà demà o demà passat a la consulta... i ho farà les vegades que sia necessari. El malalt vertiginós típic no és senzill d'explorar, a vegades per excés, a vegades per defecte nostre o bé del mateix pacient.

Sistematització de l'exploració del vertigen

Anamnesi

El símptoma essencial de la consulta ha de ser clar. Per això, hem de separar allò que és pròpiament vertigen del mareig, la cinetosi (mareig del viatger), la instabilitat i la síncope.

Com en tota història clínica és important tenir en compte:

- Les dades generals del pacient.
- Els antecedents familiars i personals, com les malalties cardiovasculars, metabòliques, traumatismes, patologia neurològica i otològica prèvia i hàbits tòxics.
- La malaltia actual per construir la història vertiginosa del pacient, que moltes vegades no es fa:Tipus de sensació. Antiguitat. Forma d'inici, duració i intensitat. Evolució en el temps. Factors desencadenants. Existència de patologia òtica o neurològica activa. Estat psíquic del pacient.

Classificació per etiologies
Vertigen d'origen: · vascular · traumàtic · víric · cervical
Processos inflamatoris orel·la mitjana
Hidrop endolimfàtic. (S Ménière)
Vert. Posicional paroxíctic (VPPB)
Vertigens · per tòxics · malalties de l'SNC
Origen tumoral

FIGURA 2

Altres símptomes associats: pèrdua de coneixement i pèrdua de força.

Ja, amb la història, podem sospitar de manera orientativa de l'existència d'un procés perifèric si ens expliquen un vertigen intens, transitori, paroxíctic, amb vegetatisme, sensacions òtiques coincidint amb les crisis, sense signes neurològics afegits. Desequilibris en crisis, hipoacúsia unilateral i homolateral.

Si ens expliquen un mareig imprecís, continu, poc intens, de vegades fins i tot ben tolerat, més desequilibri que vertigen, signes associats amb vegetatisme o sense pèrdues de consciència, al·lucinacions visuals o auditives, pensarem, més aviat, en un procés no perifèric.

Alguns autors, però, ja no fan la distinció perifèric/central o no perifèric perquè diuen que en molts casos els d'origen central poden debutar amb clara simptomatologia perifèrica. Així i tot, i a efectes pràctics i generals, aquest sistema continua sent útil sobretot al principi de l'estudi.

L'anamnesi ha de valer per identificar el veritable quadre vertiginós d'altres tipus de sensacions similars no vestibulars.

Exploració otoneurològica bàsica

Aquest és possiblement el punt més important del tema d'avui.

Començarem per:

- Examen general del pacient per cercar signes de patologia sistèmica, malformacions, alteracions mentals....
- Control de la tensió arterial.
- Examen físic estàndard d'ORL, cavitat oral, faringe, nas, pal·pació cervical i, si és possible, hipofaringe i laringe, sobretot si existeix disfonía. L'otoscòpia és bàsica per veure possibles perforacions del timpà, l'existència d'otorrea, pòlips, malformacions i fins i tot signe de la fístula al pressionar el tragus.
- Exploració dels parells cranials: Nervi olfatori: amb substàncies oloroses. Pot ser interessant en alguna patologia.

Nervi òptic i oculomotors: s'exploren els ulls per separat per veure l'agudesa i el camp visual fent seguir el dit de l'explorador pels punts cardinals. De vegades, cal realitzar un fons d'ull si es creu necessari.

Nervi trigemin: exploració de la sensibilitat de la cara i el reflex corneal. La porció motora s'explora fent mossegar un depressor i s'observa l'existència de signes d'atròfia als músculs massetadors.

Nervi facial: s'explora el frontal, el tancament de l'ull (signe de Bell) i el buccinador de cada hemisfera. Cal recordar la diferència entre una paràlisi facial central i la perifèrica perquè aquesta presenta un signe de Bell positiu (ull obert).

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Estatoacústic: s'explora sobretot mitjançant l'audiometria. Altres proves més complexes ens ajudaran si ho creiem necessari (proves vestibulars, potencials evocats auditius...).

Nervi glossofaríngi: es valora la simetria de l'arc del paladar i el reflex nauseós.

Nervi vague: s'explora la sensibilitat de la faringe i la mobilitat de les cordes vocals.

Nervi espinal: s'explora senzillament fent aixecar les espatlles.

Nervi hipoglòs: es mira la mobilitat de la llengua, si existeixen fasciculacions o bé signes d'atròfia.

- Exploració cerebel·losa: mitjançant el test de Romberg, exploració dit-nas, test de la marxa i adiadococinèsia (*Cinco lobitos*), s'estudien també els reflexos profons.

Exploració vestibuloespinal: el test estudia la funció del fascicle vestibuloespinal alterat per preponderància d'un laberint.

Estàtica: es pot explorar amb la prova dels índexs, amb els braços estesos i comparar amb l'explorador l'existència d'hipotonía o bé lateralitat.

Dinàmica: mitjançant la prova d'Utenberger, que consisteix a fer marxar el pacient amb els braços estesos per valorar les lateralitats (tipus *las muñecas de Famosa*). Com que les

◆ **Es prescriu algun tipus de tractament mèdic en el 99% dels casos**

◆ **Els facultatius valoren més els fàrmacs de tipus sedant vestibular**

consultes sempre son reduïdes, no cal caminar, es poden fer aixecar els genolls sobre el mateix lloc unes quaranta vegades.

Exploració del nistagme: els clàssics deien que no hi ha vertigen sense nistagme, en la fase, aguda lògicament. S'observa assegut davant del malalt que haurà de seguir el dit de l'explorador, no cal fer girar el cap del pacient (mai ha de ser extrem), és suficient fins als 30 graus de la mirada. Hi ha llibres

sencers i autors que parlen del nistagme, dels tipus, les classificacions... però, el que ens interessa és veure si el pacient en té o no. És important ressaltar que l'existència d'un nistagme vertical ens posarà sobre avís d'una patologia de tipus central. El nistagme, doncs, ens ajudarà a l'hora de localitzar la lesió. En la patologia vestibular, per exemple el síndrome de Ménière, la fase ràpida bateja cap al costat contrari del laberint lesionat.

Auscultació cervical: és important tenir-la en compte, sobretot si hi ha acúfens pulsatius, a fi i efecte de descartar patologia vascular cervical, aneurismes, tumors vasculars, fistules a-v.... Els gloms es presenten, de vegades, com una tumoració roja a la caixa timpànica, que es detecta en l'otoscòpia. L'auscultació del conducte auditu extern, en aquest cas, pot ser positiva, és a dir, l'acúfen és objectivable per auscultació.

Segons tots els autors i la bibliografia a l'ús, ja hem de tenir una idea de la patologia que es presenta. A partir d'aquest moment, ja es poden utilitzar les proves complementàries per confirmar la impressió diagnòstica.

En propers articles que publicarem a *Butlletí Mèdic* presentarem el diagnòstic diferencial i el tractament i farem especial esment del tractament rehabilitador com a eina fonamental en la majoria dels pacients.

II JORNADA D'IMMUNITZACIONS DE L'ÀMBIT DE LLEIDA

Vacunació de l'adult: grip, tètanus i què més?

Pepi Estany, Marta Miret, Maria Barqué, Teresa Pujol i Xaro Mas
· *Membres de la Comissió de Vacunes de la SAP PUNSU*

La Comissió de Vacunes del Servei d'Atenció Primària Pla d'Urgell, Noguera, Segarra i Urgell (SAP PUNSU) va organitzar el dia 17 d'octubre la II Jornada d'Immunitzacions de l'àmbit de Lleida juntament amb la delegació territorial del departament de Sanitat i Seguretat Social. Els objectius de la jornada van ser:

1. Incidir en les cobertures vacunals de l'adult que són susceptibles de créixer.
2. Debatre el paper de l'educació sanitària en la responsabilització de les persones adultes pel que fa a les immunitzacions.
3. Donar a conèixer les novetats per al 2004.

El delegat de Sanitat, Antoni Mateu, va inaugurar la jornada recordant als assistents la importància de les immunitzacions dels mateixos professionals.

El Dr. Pere Godoy, cap de la secció d'Epidemiologia de Lleida, intervingué amb la ponència "Calendari de vacunes de l'adult". Segons ell, els motius per vacunar un adult són la manca de vacunació en la infància, les dosis de reforç necessàries, les vacunes d'indicació en l'edat adulta, com l'antigripal o l'antipneumocòccica, i noves vacunes com la vacuna tètanus/diftèria/tosferina acel·lular (dTpa) de propera incorporació.

Les principals vacunes de l'adult són les antigripal, antipneumocòccica, antivaricel·losa, dTpa, antihepatitis A i antihepatitis B. Les estratègies vacunals que va proposar seguir el Dr. Godoy són revisar les vacunes i vacunar, si cal, en cada contacte amb el sistema sanitari, no perdre l'oportunitat de vacunar i integrar les vacunes en l'activitat assistencial, tant a les consultes d'atenció primària com a l'hospital.

Guia de vacunacions

Seguidament, Glòria Mirada, de la delegació de Sanitat de Lleida, va presentar el llibre del qual és coautora amb el Dr. Juan J. Picazo, *Guia pràctica de vacunaciones para enfermería* i



La II Jornada d'Immunitzacions de l'àmbit de Lleida va celebrar-se el 17 d'octubre

el dispositiu de seguretat BIOSET, que s'acaba d'incorporar en la presentació d'alguna vacuna.

Posteriorment, va tenir lloc la taula rodona sobre "Situacions especials en l'edat adulta", amb la intervenció de la Dra. Lourdes Villarte, de la Unitat Bàsica de Prevenció de Lleida, que va parlar del risc laboral.

La Dra. Villarte va dir que la protecció de la salut dels treballadors exposats a risc biològic s'ha de fer avaluant el risc al qual estan exposats, s'ha d'oferir la vacuna oportuna i s'ha d'informar el treballador. Els objectius dels programes de vacunació en l'àmbit laboral són dobles: la protecció individual i la protecció de la comunitat. La vacuna-

ció no eximeix, però, del compliment de les mesures d'aïllament i de les precaucions estàndard per evitar els contagis.

El personal sanitari és un grup professional molt exposat a riscos biològics. Per tant, també és candidat a vacunació i al mateix temps és eina de vacunació.

L'equip d'assistència primària té un paper actiu com a educador i és qui coneix millor l'ocupació i el risc dels treballadors per poder fer una prescripció individualitzada de les vacunes i integrar-les en la pràctica assistencial.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau
i dos diamants de talla princesa.

PIRE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.piretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Persones mal vacunades

A continuació va intervenir el Dr. Joan Batalla, de la direcció general de Salut Pública, que va exposar el tema "Mal vacunats". La persona mal vacunada no té protecció o aquesta és insuficient enfront de les malalties immuno-preventives de les quals requeria ser vacunada. Hi ha diferents motius pels quals una persona que es vacuna pot tenir una protecció insuficient:

- Factors associats a la vacuna: antigens no adequats o en quantitat insuficient, fallades en la fabricació o en els controls de qualitat.

- Factors associats al transport i la manipulació: ruptura de la cadena de fred, exposició a la llum, excedir el temps de caducitat, dissolvent no adequat i/o calent, aplicació tardana després de fer la dilució, ús de desinfectants com l'alcohol, que inactiva les vacunes vives.

- Factors associats a l'administració de la vacuna: volum inadequat, via no adequada, interval inferior a l'aconseïllat entre dosis o entre vacunes vives i immunoglobulines.

- Factors associats a l'hoste: edat no apropiada a la vacuna que s'administra, persona que no crea immunitat, si hi ha malnutrició es respon pitjor, igual que si hi ha una infecció intercurrent, la presència d'anticossos materns, les persones amb immunodeficiència.

- Factors associats al temps: a més temps disminueix la immunitat.

- Factors associats al medi ambient: dependrà de les variacions de l'antigen i de la falta d'infeccions boosters.

La qualitat de l'acte vacunal influeix en l'eficàcia i la seguretat de les vacunes. Per millorar la praxi vacunal cal detectar els errors, registrar-los i minimitzar-los mitjançant la formació específica.

Cirurgia i vacunes

Seguidament va ser el torn de la Dra. Ester Barbé, de la Unitat Bàsica de Prevenció de Lleida, que va parlar sobre "Cirurgia i vacunes". Parlar de vacunes en el context quirúrgic té sentit per evitar el risc de complicacions per infeccions i aprofitar l'oportunitat per millorar les cobertures de les vacunes sistemàtiques i les indicades per factors de risc.

La preparació quirúrgica té en compte: l'estat nutricional, hemodinàmic, el control de tractaments previs, descontaminació de pell i mucoses i profilaxi antibiòtica. Però, qui pensa en les vacunes? La consulta preanestèsica té limitacions per vacunar en el moment: el factor temps fins a la intervenció, sovint el dia anterior, i interferències amb la immunitat. És factible vacunar al centre de primària quinze dies abans de la intervenció, si no n'està, de les vacunes sistemàtiques.



La jornada va ser organitzada per la Comissió de Vacunes del SAP PUNSU

Hi ha grups de risc que requeriran vacunacions especials, per exemple, els esplenectomitzats. S'han de vacunar amb l'antimeniogococcica i l'anti-*Haemophilus influenzae* B. Cal, doncs, establir una coordinació entre els agents assistencials i protocol·litzar les immunitzacions en malalts de risc.

L'immigrant viatger

Glòria Mirada, del Centre d'Atenció al Viatger de la delegació de Sanitat de Lleida, va tractar el tema "Atenció a l'immigrant viatger". El viatger immigrant que consulta el Centre d'Atenció al Viatger de Lleida té una mitjana d'edat de 29,6 anys, fa viatges temporals amb una durada d'un a sis mesos, habitualment per visitar la família, molts van a zones rurals, en viatges lliures, comparteixen l'habitatge familiar i s'emporten els fills nascuts aquí.

S'ha de valorar abans de l'inici del viatge:

- Les característiques del viatger: l'edat, el gènere, les vacunacions prèvies, el temps que fa que va marxar del seu país (pot haver perdut la immunitat natural enfront de malalties pròpies del lloc d'origen), l'estat de salut, la medicació, les al·lèrgies, l'embaràs, els viatges anteriors.

- Les característiques del viatge: país, època de l'any, motiu, tipus, itinerari previst, allotjament, quan marxa (el 43,6% consulten amb una anticipació inferior als 10 dies).

Segons aquests condicionants caldrà vacunar, indicar la profilaxi de la malària i recomanar mesures higièniques i sanitàries.

Els professionals es troben, però, amb una sèrie de dificultats: l'idioma, la falta de documentació prèvia, el poc temps abans de l'inici del viatge (no es

disposa del temps precís per administrar totes les vacunes i que aquestes facin immunitat), molts viatgers que van a països que no precisen certificat internacional (per exemple, el Marroc) no passen pel centre d'atenció al viatger...

Per tot això, és molt important aprofitar les visites als centres d'atenció primària per posar al dia les vacunacions sistemàtiques i informar en cas de propers viatges i avançar les vacunes sistemàtiques als nens que hagin de marxar properament al país d'origen dels seus pares.

Embaràs, vacunes i serologies

La jornada també va tractar sobre "Embaràs: vacunes i serologies", a càrrec del Dr. Ricard Rosell, de PASSIR Segrià Garrigues. Les infeccions són una causa important de morbimortalitat fetoneonatal, segons el Dr. Rosell. Cal tenir en compte el risc propi de la malaltia en la dona i les possibles repercussions de la malaltia en el fetus, l'estat relatiu d'immunosupressió que comporta l'embaràs i la limitació dels tractaments farmacològics per la possible teratogènia. Per això és important treballar el camp de la prevenció de les infeccions en l'embarassada.

El Pla Català de Salut determina les següents serologies en l'embaràs: rubèola, sífilis, hepatitis B, HIV, toxoplasmosi i altres d'optatives com l'hepatitis C i la varicel·la. Davant de la possibilitat d'immunització activa en l'embarassada cal valorar el risc potencial de cada vacuna enfront del risc de la malaltia. S'aconsella no vacunar amb vacunes vives i evitar vacunar durant el primer trimestre de gestació. Actualment, no hi ha evidèn-

cia de malformacions fetals postvacunació de l'embarassada.

En l'etapa pregestacional, cal assegurar la vacunació de rubèola, hepatitis B i tètanus de tota dona en edat fèrtil i de les vacunes específiques, segons els factors de risc, en aquelles dones que els pateixen. Són vacunes segures durant l'embaràs la tètanus/diftèria (Td), l'antihepatitis B i l'antigripal.

La Generalitat recomana la vacunació de totes les embarassades, sense cap factor de risc, que es trobin en el segon i tercer trimestre durant l'època gripal. Seria ideal fer la consulta pre-concepcional per comprovar l'estat vacunal i serològic de la futura mare.

Estratègies educatives

La sessió de la tarda va iniciar-se amb la presentació del tema "Estratègies educatives aplicades a les immunitza-

cions", a càrrec del Dr. Rafel Guayta, de l'oficina de cooperació sanitària internacional i salut migracional de Barcelona. El ponent va assegurar que la modificació dels coneixements i les actituds són un vehicle per al canvi de comportaments. Així, el canvi de conducta contribuirà a la promoció de la salut, ja que la conducta humana és actualment el principal determinant de la salut.

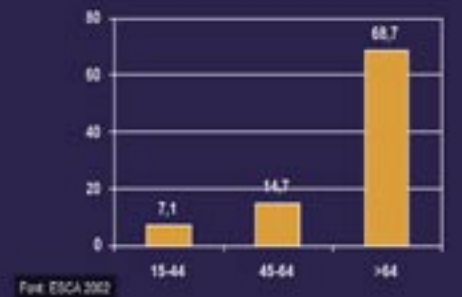
L'educació sanitària és fonamental per aconseguir que els individus adoptin conductes positives de salut. Els professionals sanitaris, en especial els d'assistència primària, tenen doble paper, com a models exemplars i com a educadors sanitaris actius amb el consell mèdic (*counseling*). El consell mèdic segueix una seqüència d'actuació des del pacte educatiu, l'acceptació de l'objecte del canvi i la monitorització, i es basa en la metodologia de la comunicació persuasiva en l'entrevista, la capacitació psicomotriu i el control de les influències ambientals.

L'educació grupal és un mètode educatiu de reforç, que no ha de substituir l'educació individual. El consell mèdic és el mètode més eficaç d'integrar l'educació sanitària en la pràctica assistencial.

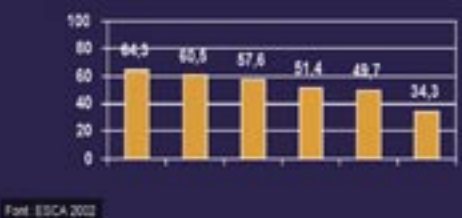
Seguidament, Àngela Domínguez, del Servei de Vigilància Epidemiològica de Barcelona, va parlar sobre "Tosferina: implicacions vacunals". La tosferina és una malaltia transmissible, molt contagiosa, que proporciona immunitat no permanent, dura aproximadament 12 anys i dona reinfeccions subclíniques, no diagnosticades en adolescents i adults.

A Catalunya s'ha posat en marxa del maig del 2003 a l'abril del 2004 el programa pilot per a la vigilància de la tosferina per millorar la vigilància i el control de la malaltia. La ponent

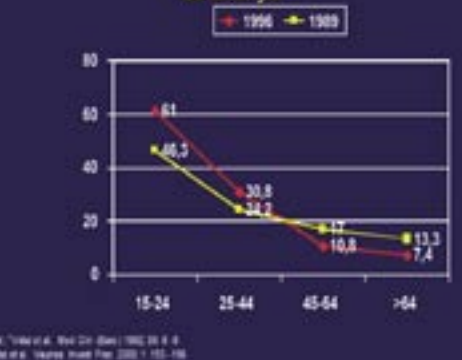
Vacunació antigripal per grups d'edat a la Regió Sanitària de Lleida, 2002.



Vacunació antigripal per grups de risc a la Regió Sanitària de Lleida, 2002.



Prevalença d'anticossos antitetànics en una mostra representativa de la població de Catalunya 1,2



PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

CALENDARI VACUNAL DE L'ADULT										
Comissió de vacunes SAP SNUPU										
Revisat setembre 2003										
	Td	PI	TV	HB	HA	Varicel·la	VAN	VAG	MCC	Hib
Adult < 60 anys	a	b	c	d	e	g	h	j		
Adult > 60 anys	a			d			i	k		
Embarassada	a			d				j		
HIV	a		c	d	f	g	h	k	l	m
Immunodeprimits greus*	a			d	f		h	k	l	m
Asplènia	a		c	d	f	g	h	k	l	m
*Immunodeficiències congènites, leucèmies, limfomes, neoplàsia disseminada, tractaments amb quimioteràpia, radioteràpia, i corticoides a dosis altes (2mg/Kg/dia més de dues setmanes)										
Td: Tètanus, diftèria; PI: Pòlio intramuscular; TV: Triple vírica; HA: Hepatitis A; VAN: Antipneumocòccica; VAG: Antigripal; MCC: Antimeniogococcica C conjugada; Hib: Hemofilus influenzae tipus b.										

adverteix que hi ha una important subdetecció que disminueix amb la vigilància activa. El major nombre de casos notificats és el grup de 9 a 13 anys i el que concentra més nombre de casos detectats per vigilància activa és el grup de 30 a 39 anys. Es planteja la revacunació de l'adolescent i l'adult.

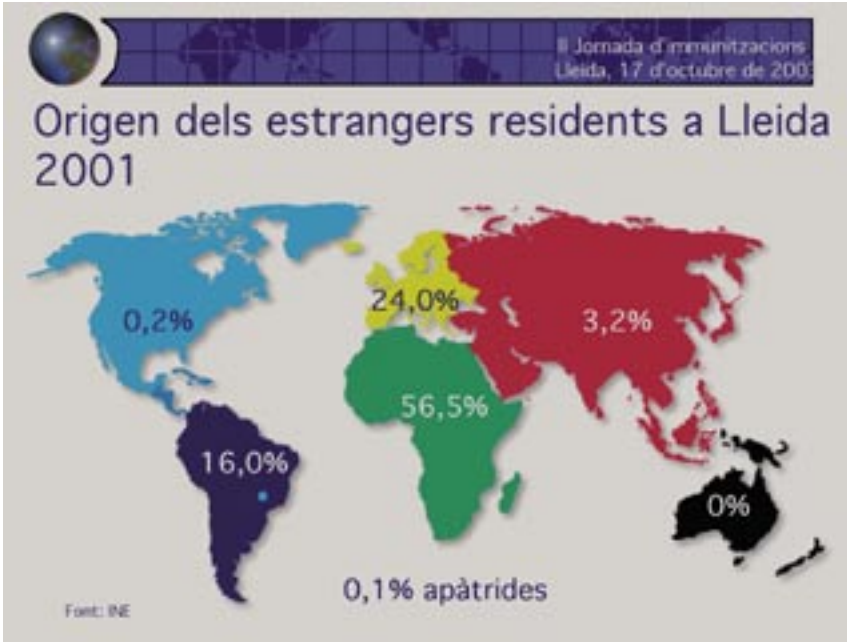
Perspectives per al 2004

Finalment, el Dr. Joan Batalla, del departament de Sanitat de Barcelona, va exposar les "Perspectives vacunals per al 2004". Hi ha dades que apunten que la vacunació al segle XXI se situarà com la primera i més efectiva tècnica de la salut pública en el camp de les malalties immunopreventives, segons el Dr. Batalla.

A les vacunes se'ls exigirà més immunogenicitat i més seguretat. El grau de seguretat augmentarà, ja que s'estudia la reactivitat vacunal, d'aquí la importància del programa de reaccions adverses. Les vacunes adjuvants sumen seguretat i eficàcia. A més, s'estudien altres vies d'administració de les vacunes com són la via mucosa (oral i intranasal), transdèrmica i les vacunes comestibles, agregades a les cadenes d'ADN dels aliments.

Les vacunes susceptibles d'incorporar-se en el calendari vacunal els propers anys són: antivaricel·la, antipoliomielitis inactivada (PI), antipneumocòccica conjugada, dTpa per a adolescents i adults, antigripal per a nens i vacunes combinades:

- Vacunes tetravalents:
 - DTP + VHB (Tritanrix-hepatitis B)
 - DTPa + Hib (Infanrix-Hib)
- Vacunes pentavalents:
 - DTPa + VPI + Hib (Pentavac-IPV-Hib) i (Infanrix-IPV-Hib)
- Vacunes hexavalents:
 - DTPa + VPI + Hib + VHB (Hexavac) i (Infanrix-Hexa)



Comparació destinació i procedència del immigrants		
País	Viatgers %	Residents %
Senegal	30,5	4,3
Mali	22,9	1,8
Gàmbia	14,9	4,2
Guinea	12,0	1,9
Guinea Equatorial	1,9	0,3
Equador	1,0	2,6
Marroc	1,1	32,6
Algèria	0,6	6,0
Colòmbia	0,6	4,6

- a. Primovacunació en no vacunats (0, 1-2, 6-12 mesos) Revacunació cada 10 anys (1 dosi), (amb dTpa en persones en contacte amb nadons). La primovacunació només una vegada a la vida, en pautes incompletes seguir on s'havia deixat
- b. Posar 3 dosis (0, 1-2, 6-12 mesos), a totes les persones provinents de : Afganistan, Índia, Níger, Nigèria, Paquistàn i als seus convivents.
- c. Nascuts després del 1965 que no coneguin estar vacunats o haver patit les 3 malalties (1 dosi). En immunodeprimits vacunar quan la xifra de limfocits CD4>500.
- d. Contactes d'individus portadors, usuaris de drogues per via parenteral, homosexuals masculins, heterosexuals promiscus, persones amb hemodiàlisi (doble dosi), receptors d'hemoderivats, personal sanitari, personal de serveis d'emergències, interns i personal d'institucions penitenciàries, personal i residents d'institucions de disminuïts psíquics, síndrome de Down, persones amb hepatopaties inclosos els infectats d'hepatitis C, viatgers a zones endèmiques. Pauta (0, 1, 6 mesos). Pauta ràpida (0, 1, 2, 12 mesos).
- e. Persones amb hepatopaties B i C, addictes a drogues per via parenteral, receptors d'hemoderivats, síndrome de Down, personal de guarderies, manipuladors d'aliments, viatgers a zones endèmiques. En adults < 40 anys .
- f. Persones amb hepatopaties B i C, addictes a drogues per via parenteral, receptors d'hemoderivats, síndrome de Down, personal de guarderies, manipuladors d'aliments, viatgers a zones endèmiques.
- g. Persones susceptibles. Pauta: 2 dosis (0, 4-8 setmanes). En immunodeprimits vacunar quan la xifra de limfocits CD4>500
- h. Persones amb cardiopatia, pneumopatia, alcoholisme, hepatopaties, insuficiència renal crònica, síndrome nefròtic, diabetis, portadors o candidats a rebre implants coelars, síndrome de Down, fistula de LCR, asplènia anatòmica o funcional, drepanocitosi, immunosuficiència i transplantaments. Pauta: 1 dosi, revacunació als 3-6 anys
- i. Una sola dosi sense revacunació.
- j. Persones amb cardiopatia, pneumopatia, hepatopaties, insuficiència renal crònica, nefropaties, diabetis, hemoglobiнопaties, immunosuficiència i transplantaments, treballadors de serveis públics, residents en institucions tancades, síndrome de Down, convivents de persones de risc, personal sanitari, embarassades en 2on i 3er trimestre. (1 dosi anual)
- k. Una dosi anual.
- l i m. Una sola dosi.

NOTÍCIES

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML ha debatut en les reunions plenàries celebrades al setembre i a l'octubre diferents temes, entre els quals destaquen:

- Obertura durant el mes de setembre de la borsa de treball per cobrir interinitats en places de metges d'APD.
- Creació d'una web específica per als quatre col·legis de Catalunya.
- Finalitzat el procés electoral, obert amb l'aprovació dels nous estatuts i per respectar els terminis d'al·legacions, fixar el dia 5 de novembre per a la presa

de possessió dels càrrecs electes.

- Aprovació provisional del reglament presentat per la comissió gestora de la secció col·legial d'acupuntors, homeopatia i medicina naturista, fins a l'aprovació definitiva en assemblea general d'un reglament marc de les seccions col·legials.
- Difondre mitjançant una circular als col·legiats i col·legiades la resolució publicada al DOGC per la qual es fa pública la convocatòria de places vacants de personal facultatiu d'EAP P2003.

Nova junta directiva del COML

Una sola candidatura es va presentar el mes d'octubre a les eleccions convocades pel COML per constituir la seva junta directiva. Per tant, els membres d'aquesta candidatura van prendre possessió dels seus càrrecs el dia 5 de novembre. La composició de la junta és la següent:

President:
Dr. Xavier Rodamilans de la O

Vicepresidenta:
Dra. Rosa Pérez Pérez

Secretari:
Dr. Carles Querol Uzia

Vicesecretari:
Dr. Ramon Mur Garcés

Tresorer:
Dr. Sebastià Barranco Tomàs

Vocals:
Dr. Gonzalo Marion Navasa
Dr. Manel Piqué Giralart
Dra. Mercè Pallerola Planes
Dr. Josep Bèrgua Llop
Dr. Ricard López Ortega

Les eleccions es van convocar d'acord amb els nous estatuts col·legials. Per això, els membres de la junta tindran un mandat de quatre anys i podran ser reelegits com a màxim per a un altre període de quatre anys.

Moviment de col·legiats

ALTES
Andrés Alabat Teixidó (1840)
Yolanda Pérez Lopera (3821)
Carlos Pérez Cuit (3873)
Celia Moreno Muzas (3874)
Elvira Farré Perejuan (3875)
Alberto de Dios Romero (3668)

BAIXES
Mes de setembre: 5
Mes d'octubre: 4
Entre les baixes del mes d'octubre figura la defunció del Dr. Carlos Caverro Ribelles.

CANVIS DE SITUACIÓ
Passen a col·legiats honorífics els següents Drs.:
Francesc Real Mas (0895)
Emilià Astudillo Domènech (1347)

Serafi Camats Vila (0644)
Ramon Soriano de la Rosa (0862)
Carles Ribera Llangort (0661)

X Congrés Nacional de Dret Sanitari

El X Congrés Nacional de Dret Sanitari va tenir lloc del 23 al 25 d'octubre a la seu del Col·legi de Metges de Madrid. L'objectiu del congrés era repassar els nombrosos canvis legislatius i jurisprudencials que s'han produït en l'àmbit del dret sanitari en els darrers 10 anys.

Si ja resulta difícil condensar en tres dies una dècada de legislació sanitària, no és menys fàcil intentar resumir en unes línies tot el que es va tractar en el si de les diverses ponències, tallers de treball i comunicacions lliures. Tot i així, voldria incidir en alguns temes i qüestions que, des del meu punt de vista, em van semblar més interessants.

Diverses ponències es van centrar en l'impacte de la Llei 41/2002, llei d'autonomia dels pacients, i dins del seu context en l'anàlisi de la història clínica i el consentiment informat.

Pel que fa a la història clínica, l'esmentada llei correspon a la Llei catalana 21/2000 i el que ha aconseguit ha estat regular d'una manera més o menys



adequada una qüestió de vital importància tant per al metge com per al pacient, ja que ha regulat els aspectes formals –forma, aspectes temporals, etc.– i els materials –drets, contingut, etc.

El consentiment informat va ser abordat tant des de l'àmbit legislatiu com des del pràctic/jurisprudencial. En aquest darrer àmbit convé remarcar que, si fins ara el consentiment informat s'entenia com un apart integrant de Lex Artis, en els darrers anys han començat a sortir sentències que el deslliguen de la

Lex Artis i l'hi atorguen un contingut propi i autònom. Dit d'una altra manera, hi ha sentències que condemnem per la manca d'un adequat consentiment informat, tot i que la Lex Artis s'hagi aplicat adequadament.

Van resultar força interessants les diverses ponències i tallers de treball que van girar al voltant de l'anomenada bioètica. Voldria ressaltar la ponència del Dr. Marcelo Palacios, que va ser un dels ponents de la Convenció d'Astúries de Bioètica, que va ser adoptada pel comitè de ministres del Consell d'Europa el 19 de novembre de 1996 i és vigent a Espanya des de l'any 2000.

La convenció estableix una sèrie de postulats: accés equitatiu a la salut, consentiment, protecció de les persones sense capacitat per al discerniment, situacions d'urgència, vida privada i dret a la informació, genoma humà, investigació, etc., als quals s'han d'atenir els Estats que l'hagin signat en la seva legislació interna.

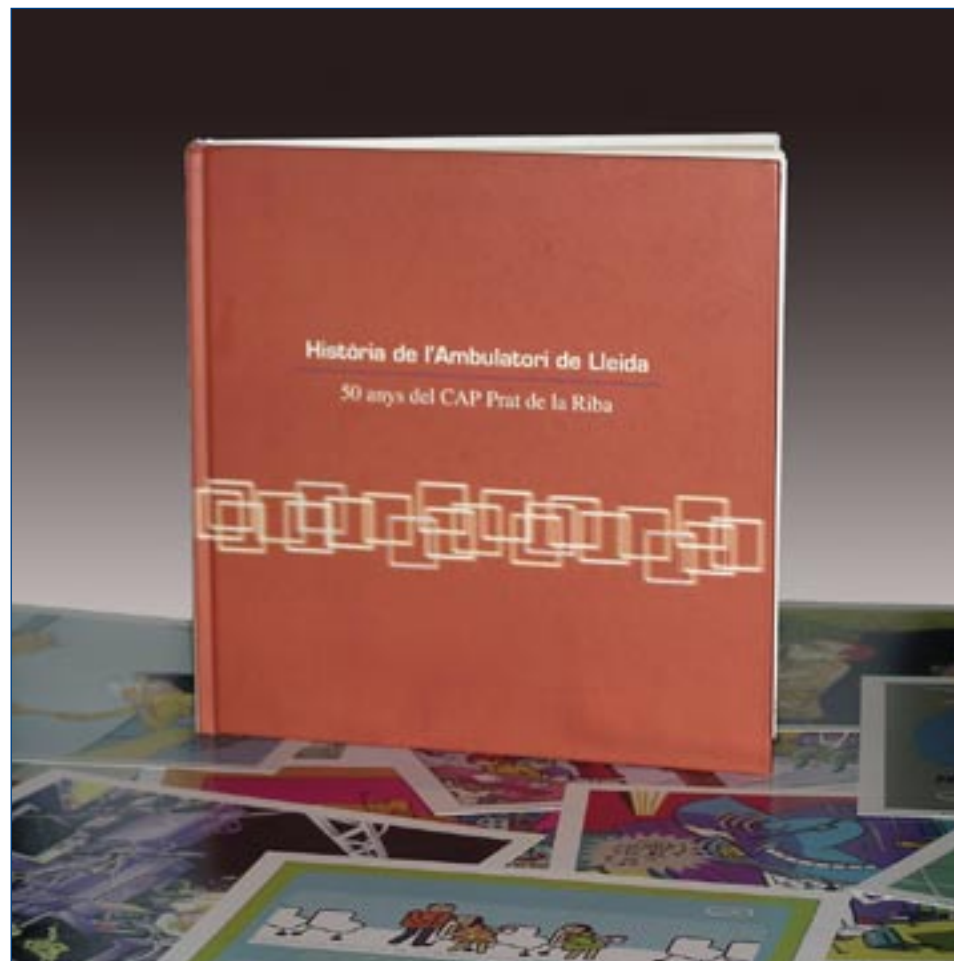
La convenció no pretén establir uns postulats rígids i invariables, sinó que resta oberta a futures modificacions, d'acord amb els con-

PASSA A LA P. SEGÜENT

50 anys del CAP de Prat de la Riba

El CAP de Prat de la Riba, conegut popularment amb el nom d'ambulatori, celebra els 50 anys de la seva creació. Per aquest motiu, ha publicat un llibre que dedica a tots els treballadors i treballadores, que amb el seu esforç i il·lusió van posar aquest centre al servei de Lleida. La publicació es dedica també als usuaris, als quals agraeix la seva confiança. La introducció del llibre recorda que "Aquí ha vingut a parar en els últims cinquanta anys, en diversos moments de la seva vida i per les causes sanitàries més diverses, la pràctica totalitat dels lleidatans i lleidatanes de ciutat i comarques (...)."

Les 83 pàgines del llibre desgranen, any rere any, la història de la creació, el funcionament i els canvis de l'ambulatori. Els testimonis gràfics i literaris inclouen una relació dels seus 1.025 treballadors i treballadores (zeladors, infermeres, auxiliars, netejadores, metges). Eduard Roure és l'autor dels textos, mentre que les fotografies procedeixen



El llibre desgrana en 83 pàgines la història del popular ambulatori

de l'arxiu de l'IEI, Decapacap, col·leccions particulars i Fotodelux.

El llibre s'acompanya de la reproducció d'il·

lustracions fetes amb la finalitat de commemorar aquest cinquantè aniversari per Txell Tehàs, Jordi Zaldivar, Carles Porta, Elisabet

Pané, Montse Bernaus, Carles Alberdi, Carles Pijuan, Francesc Infante, Gabriel Pérez i Ramon Mayals.

VE DE LA P. ANTERIOR

tinus avanços científics i el seu impacte en la societat actual.

Es tractaren, així mateix, diversos aspectes de la responsabilitat civil des de l'àmbit dels centres sanitaris i des de l'òptica dels mateixos professionals. En aquest darrer aspecte, es va fer referència a l'enorme incidència que en aquests moments han adquirit les reclamacions sobre responsabilitat civil dels professionals mèdics, tant pel seu major nombre com per l'import de les indemnitzacions que s'atorguen.

Aquesta situació, que es preveu que amb el pas dels temps es vagi incrementant, dóna lloc a un fenomen que ens era

desconegut: la creixent dificultat d'alguns col·lectius per poder contractar pòlisses adequades a un preu raonable. Com a conseqüència de les dificultats esmentades, el metge s'aboca cada vegada més, i com a resposta a una situació de judicialització del seu treball, a la pràctica d'una medicina defensiva, amb tot el que se'n deriva respecte a la qualitat de la medicina i el seu cost més elevat.

Aquestes són les qüestions que, potser sense ser les més importants, sí que són les que vaig trobar més interessants i, possiblement, amb més impacte amb relació a la pràctica professional.

Carles Alaman, advocat

Propera publicació de l'obra 'Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida'

El COML publicarà pels volts de Nadal el llibre *Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida*, obra dels historiadors de la medicina Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca (pare i fill). Tots dos historiadors han investigat els antecedents col·legials més antics, és a dir, des d'aquell Col·legi de Doctors en Medicina i Mestres de Cirurgia de

l'any 1600 fins a l'actual.

El llibre està dividit en dues parts. La primera estudia els antecedents col·legials fins a finals del segle XIX i la segona, des de la fundació oficial del Col·legi fins als nostres dies, amb la influència que li han suposat alguns dels moments històrics. L'obra dóna a conèixer tots aquells metges que d'una manera o una altra han intervingut en la vida col·legial.

El COML va encarregar la realització d'aquest treball d'investigació als doctors Camps per commemorar el centenari de la fundació del Col·legi amb la publicació de la seva història.

ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

Som
eficaços

- Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
- Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
- Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
- Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2ª edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT





Sempre un gran futur.

PLA D'ESTALVI I JUBILACIÓ

Un capital garantit en el moment que es jubili segons l'opció que més li convingui:

Jubilació 3%

Estabilitat i solvència a un interès tècnic fix del 3% més excedents de rendibilitat

Jubilació 105

Tipus d'interès tècnic fix garantit del 4,10%

PLA DE PREVISIÓ ASSEGURAT MUTUAL

Un capital garantit en el moment que es jubili en funció de les aportacions efectuades.

Pot arribar a obtenir en una assegurança dos tipus de proteccions:

- Capital Assegurat a la seva jubilació.
- Una indemnització en cas de mort.

Agraïm la col·laboració del COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA per assolir els nostres objectius comuns en benefici del metge.