

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 39 · Març de 2003

A microscopic image showing a single ovocyte with a long, thin tail, positioned above a large, textured, reddish-brown structure that appears to be ovarian tissue. The background is a dark, grainy green.

Criopreservació d'ovòcits i teixit ovàric

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



BUTLLETÍ mèdic

Número 39, març del 2003

Edició:

Col·legi Oficial de Metges
de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 27 08 11
Fax: 973 27 11 41
e-mail: comll@comll.es
<http://www.comll.es>
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Miquel Butí Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M. Greoles Solé
Albert Llorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascl Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció: Dolors Pont

Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, SL

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

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per insercions al
Butlletí Mèdic (6 números/any)

OPCIÓ 1

ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21
1 Contraportada interna	480,81
4 Pàgines interiors	300,51
Preu total insercions:	2.404,06

OPCIÓ 2

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

OPCIÓ 3

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

Els fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

No a la guerra de l'Iraq

Ens queixem sovint que vivim en una societat passiva i fatalista, que la gent és capaç d'estar-se davant del televisor veient imatges en directe d'una crueltat impensable i continuar com si res.

Però, com a conseqüència de l'amenaça de guerra contra l'Iraq, la societat sembla haver-se despertat i ha creat un corrent de protesta universal, de diferents maneres i sempre pacífic, que ha fet sentir el seu rebuig a la guerra.

Totes les guerres són injustes i ho són perquè sempre les perden els mateixos, els ciutadans més vulnerables, i sempre les guanya el poder econòmic que les crea per al seu interès.

Les guerres signifiquen la pèrdua de tots els drets humans i, per tant, d'un dels importants: el dret a la salut.

D'acord amb el primer article del codi deontològic, el metge ha de tenir present que l'objectiu de l'exercici de la medicina és promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones.

El col·lectiu sanitari ha d'estar a favor de la salut, dels drets humans, de la pau i, en conseqüència, en contra de qualsevol guerra.

Com a col·lectiu, tenim el deure de manifestar la nostra veu, alta i clara, i dir: NO A LA GUERRA.



sumari

Solució per al servei d'Urgències?

Debat a càrrec dels Drs. Cabré,
Sagrera, Capdevila i Rodríguez

PÀGINA 4

Brots de toxiinfecció alimentària

Dr. Pere Gogoy

PÀGINA 15



Solució per al servei d'Urgències?

Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova protagonitza freqüentment notícies i crítiques en els mitjans de comunicació. 'Butlletí Mèdic', que ja va tractar aquest tema al novembre del 2000, ha considerat oportú reobrir el debat a partir dels canvis del gerent de l'Hospital i del cap del servei.

L'assistència mèdica urgent al nostre país

Com sovint recorda el Dr. Josep Millà, pioner en el nostre país de la moderna atenció urgent, la bibliografia sobre un acte d'atenció a una urgència extrahospitalària, es remunta a la mateixa Bíblia on, amb força precisió, es descriu com el bon samarità fa la primera cura i l'estabilització d'un politraumatitzat per agressió i, tot seguit, el trasllada a l'hostal amb el seu vehicle medicalitzat, en aquest cas un ase¹. Des d'aquest fet han passat una colla de segles, tanmateix l'atenció a les urgències a casa nostra segueix depenent massa sovint de l'esforç i la bona voluntat dels professionals que s'hi dediquen.

La preocupació per procurar una atenció mèdica urgent de qualitat es desenvolupa, desgraciadament com tantes coses, després d'un conflicte, la Segona Guerra Mundial, als Estats Units. En el curs dels anys 60 i 70 es creen diverses associacions mèdiques als països anglosaxons que, de forma esglaonada (1979, als EUA; 1980, al Canadà; 1983, al Regne Unit com a superespecialitat; 1993, a Austràlia, i 1995, a Nova Zelanda), aconseguiran que es reconegui una especialitat independent en medicina d'urgències, molt cobejada actualment pels estudiants de medicina a l'hora de decidir el seu futur².

A l'Estat espanyol les coses han anat de manera molt diferent. Des dels anys seixanta, a partir dels grans progressos tècnics i científics en matèria de reanimació i suport al malalt crític que es

publiquen³, coincidint amb la construcció d'una xarxa hospitalària moderna, els serveis d'urgències s'estructuren, creixen i es doten tecnològicament i humana d'una forma, sovint, poc o gens planificada, sense definir objectius, plantilles, recursos ni previsió de creixement. Aquest fet ha tingut com a conseqüència l'existència de múltiples models de servei d'urgències, amb estructura física, organització, dotació de personal i eficàcia molt dispar⁴⁻⁵.

Al contrari que en els països mencionats, la creació de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias s'escau en dates força properes (1987), seguida de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències, l'any 1997. L'especialitat en medicina d'urgències, de moment, sembla encara llunyana.

Una anàlisi del present

Ara fa una mica més d'un any, el novembre del 2001, aquest Col·legi va organitzar un fòrum⁶ per debatre alguns dels principals problemes amb què els metges ens enfrontem: l'ètica en la nostra activitat, els models organitzatius i de gestió, la carrera professional i la problemàtica dels serveis d'urgències. Alguns d'aquests problemes han iniciat, de forma més o menys tímida, un camí de progrés. Ja són un fet les direccions clíniques i s'ha endegat la progressiva implantació d'una carrera professional en l'àmbit de l'ICS. El camp de les urgències, però, continua en la més absoluta indefinició, i no només això, els metges que treballen a urgències han estat explícitament exclosos, pel simple fet de treballar-hi, dels avantatges i beneficis que es deriven d'aquesta carrera professional més amunt esmentada.

No sembla lògic que un col·lectiu professional que l'any 2001 va atendre al voltant de 3,5 milions de consultes de ciutadans a Catalunya i de 30 milions a l'Estat espanyol, que conforma un dels serveis més nombrosos en un hospital, que treballa sota màxima pressió i, com en el cas de les urgències extrahospitalàries, en condicions ben precàries, sigui tan menystingut.

Resulta fàcil analitzar les febleses del sistema d'atenció urgent en el nostre país: una demanda creixent d'atenció sanitària per part de la ciutadania, una part no gaire justificada⁷, no s'ha acompanyat d'un esforç de magnitud semblant per educar la població, planificar alternatives d'atenció ràpida, agilitar el funcionament de l'atenció primària i preveure suficientment els problemes sanitaris que comportarà l'augment progressiu de la immigració o l'envel·liment de la població. La resposta a tots aquests problemes s'amaga sovint darrere l'excusa de la manca de recursos econòmics, tot i que, probablement, estem a la cua dels països europeus quant a percentatge del PIB dedicat a despesa sanitària.

El Pla integral d'urgències de Catalunya, iniciat l'any 1999, marca un primer pas per reordenar l'atenció urgent d'una forma coordinada, no obstant això, els objectius se centren exclusivament en la millora de l'atenció al ciutadà mitjançant mesures de coordinació i d'informació a la població, però no preveuen en absolut la definició, la qualificació i l'estatus legal del personal que treballa en aquest camp.

El Pla integral d'urgències de Catalunya, iniciat l'any 1999, marca un primer pas per reordenar l'atenció urgent d'una forma coordinada, no obstant això, els objectius se centren exclusivament en la millora de l'atenció al ciutadà mitjançant mesures de coordinació i d'informació a la població, però no preveuen en absolut la definició, la qualificació i l'estatus legal del personal que treballa en aquest camp.

El projecte URGICS 2.0, elaborat l'any 1999 amb la col·laboració de molts dels que en aquell moment comandaven les urgències als

hospitals de l'ICS, se centra molt més en el funcionament intern dels serveis d'urgències, ja que en defineix els òrgans gestors, les funcions i introdueix el concepte de control de qualitat mitjançant indicadors. Una vegada més, però, quan en el capítol 4 parla dels recursos humans, cau en la més absoluta indefinició.

Sembla clar, doncs, que la màxima feblesa del sistema és la seva pròpia indefinició, que abraça tots els àmbits: el perfil professional del personal que hi treballa, de molt variada procedència i preparació; les seves relacions laborals amb l'empresa que els contracta, el seu dret a una carrera professional i a reciclar-se, els seus horaris. Citant novament el Dr. Millà, podem dir que els *urgencistes* estan en una situació al·legal. Aquest fet crea una situació d'inferioritat legal respecte a la resta dels professionals, que sovint alimenta el concepte clàssic del sistema d'urgències com a últim reducte, galera, soterrani, etc. de l'hospital, de manera que tothom se'n pot aprofitar. Això es plasma darrerament en la idea, per part de certes associacions mèdiques, que la urgència pot ser un bon camp de sortida per als seus excedents d'especialistes, sempre que actuïn en àrees d'atenció molt concretes amb un grau baix de penositat professional⁸⁻¹⁰.

Davant de tants problemes ens podem preguntar si aquest servei té algun punt fort. El té i es basa en l'actitud, la motivació, la paciència, el treball i l'entusiasme d'una bona part del col·lectiu que hi treballa, que en els darrers 8-10 anys ha aconseguit bastir una de les societats científiques més nombroses i actives de l'Estat, establir les bases per a una futura especialitat, iniciar en algunes universitats l'ensenyament de pregrau, establir uns indicadors de qualitat específics¹¹, introduir tècniques noves¹² i sistemes de gestió adaptats al medi i atendre amb eficàcia una quantitat milionària de ciutadans.

Les solucions

Crec que serviran les plantejades en el Fòrum d'Hospitals 2001¹³, que em permetrà reordenar i ampliar.

La implantació de l'especialitat de medicina d'urgències i emergències permetrà, per una banda, uniformitzar la formació de

Poden servir les solucions que es van plantejar en el Fòrum d'Hospitals 2001

tots els professionals que treballin en aquest àmbit, en establir-se un ensenyament reglat de pre i postgrau i garantir la prestació d'un servei de qualitat a tot el territori. Per altra banda, també facilitarà l'establiment de relacions contractuals concretes, dignes i similars a les d'altres especialitats amb les empreses proveïdores de serveis sanitaris.

Seria necessari anar més enllà del projecte URGICS 2.0 i establir un marc de funcionament bàsic i comú per a tots els serveis d'urgències que tingués en compte la jerarquització d'un nucli de plantilla fixa, l'esglaonament en edat i experiència del seu personal, la participació en el programa de carrera professional i la coordinació amb la resta dels serveis hospitalaris en termes d'igualtat.

La reestructuració física i organitzativa dels serveis d'urgències hauria de considerar les previsions de creixement quant a volum i complexitat tecnològica de les prestacions futures. És lògic i necessari comptar amb l'opinió dels professionals que treballen a urgències i amb la de les societats científiques que els agrupen.

És imprescindible instaurar polítiques de control de qualitat basades en la valoració continuada de diversos indicadors objectius i vàlids per a qualsevol servei d'urgències.

Caldria explorar línies alternatives i imaginatives d'atenció mèdica ràpida, que no urgent, a càrrec de l'atenció primària o les consultes externes hospitalàries, així com implantar programes d'educació sanitària continuada de la població, inclosos els sectors més

marginats i proposar vies diferents al servei d'urgències per a l'atenció mèdica de malalties d'escassa gravetat.

Cal reestructurar la docència de pre i postgrau que s'imparteix en els serveis d'urgències, de manera que aquesta es desenvolupi seguint un programa preestablert d'objectius que s'hagin d'assolir. Els residents han de col·laborar en l'assistència sense que constitueixin el gruix del personal de treball i, per tant, portin a terme funcions pròpies de l'*staff*. A manca d'una especialitat, els residents d'altres especialitats que estem formant, constitueixen la font de futurs *urgencistes*. El nostre deure és il·lusionar-los i formar-los en l'excel·lència.

Xavier Cabré Ollé

Referències bibliogràfiques

1. Bíblia. Lc 10, 30-37.
2. Rainer, T.H. "Emergency medicine, the specialty". *HKMJ* 2000, 6: 269-275.
3. Kouwenhoven, W.B.; Jude, J.R. "Closed-chest cardiac massage". *JAMA* 1960, 173: 1064-1067.
4. Balanzó, X.; Pujol, R. "Grupo intercomarcal de servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Cataluña". *Med. Clin. (Barc)* 1989, 92: 86-90.
5. Millà, J. "Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva". *Med. Clin. (Barc)* 2001, 117: 295-296.
6. *Butlletí Mèdic* del Col·legi Oficial de Metges de Lleida 2001, núm. 31: 24.
7. Ochoa, J.; Ramalle, E.; Villar, A.; Ruiz, J.I.; Bragado, L.; Gimeno, C. "Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general". *Med. Clin. (Barc)* 2000, 115: 377-378.
8. Lloret, J.; Aregall, S. "Reflexions sobre el pasat, present i futur dels serveis hospitalaris d'urgències". *Annals de Medicina* 2002, 85: 122-125.
9. *Diario Médico*, 29 de gener de 2003, 3.
10. *Diario Médico*, 3 de febrer de 2003, 2.
11. Felisart, J.; Requena, J.; Roqueta, F.; Saura, R.M.; Suñol, R.; Tomàs, S. *Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2001.
12. Iglesias, M.L.; Gutiérrez, J.; Pedro-Botet, J.; Solsona, J.F.; López, M.J.; Hernández, E. *et al.* "Efectividad de la ventilación mecánica no invasiva, modalidad BIPAP con máscara facial, en el paciente EPOC con insuficiencia respiratoria hipercápnica (acidosis respiratoria) en el Área de Urgencias". *Emergencias* 2001, 13: 26-30.
13. *Butlletí Mèdic* del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, 2002, núm. 32: 4-6.

Urgències: That's the question?

Començo aquest article amb una afirmació que crec que té un consens majoritari entre els professionals sanitaris de Lleida: "L'atenció de les urgències mèdiques hospitalàries i extrahospitalàries a Lleida ciutat és deficient –milloable, en un llenguatge "políticament més adequat"–. Parlem-ne!

1.- Valoració de l'atenció urgent

Què entenem per urgència? Segons el *Diccionari enciclopèdic de medicina* de l'Enciclopèdia Catalana, urgència és el nom donat genèricament a les malalties o traumatismes, generalment de caràcter greu, que requereixen l'aplicació immediata i ineludible d'un tractament adequat. Aquest tractament és dut a terme, preferentment, en un servei d'urgències: conjunt d'instal·lacions d'un hospital especialment concebudes i destinades a aquesta finalitat. També rep el nom de servei d'urgències el servei de medicina domiciliària, especialment a les grans ciutats, per instaurar ràpidament un tractament mèdic o remetre els malalts en un centre hospitalari.

L'atenció urgent és una situació mèdica clarament definida i senzilla quant a concepte. El pacient que és atès a urgències té tres camins molt clars: ingressar, romandre unes hores en observació (menys de 48 hores) o ser enviat al seu domicili perquè el procés pel qual ha consultat ha estat diagnosticat i tractat i/o no té criteris d'ingrés. El pacient *pendent d'ingrés*, o que porta més de dos dies a l'hospital de dia, ja no és un *problema* del servei d'urgències, sinó de l'hospital. Per tant, la solució no consisteix a hipertrofiar cada cop més l'àrea d'urgències amb la creació de sales o unitats dependents, sinó a analitzar les veritables causes que originen *el coll d'ampolla* creat pels casos pendents d'ingrés: manca de llits, estades hospitalàries massa llargues en alguns serveis, descoordinació entre l'àrea d'urgències i la resta de serveis, etc.

Una de les solucions seria crear un punt d'atenció continuada a Lleida

2.- Punts forts i febles dels serveis d'urgències

FORTS:

1. Immediatesa de l'atenció sanitària davant d'una situació que crea una gran angoixa en el pacient i el seu entorn. Aquest aspecte molt positiu es pot convertir, en certes situacions, en clarament negatiu, lligat als punts febles que exposaré a continuació.

FEBLES:

1. Canvis sociològics de la població, que impliquen demandes sanitàries diferents i cada cop més exigents. Intolerància davant la frustració i la malaltia. Creences derivades de la societat de consum: solucions a l'instant i a qualsevol hora, "per això pago"...

2. Canvis demogràfics derivats de la immigració. La població immigrant en situació irregular que utilitza els serveis d'urgències hospitalaris i de primària com a únic referent sanitari perquè només té dret a l'atenció mèdica urgent, ja que no té un metge de família assignat, la qual cosa provoca situacions de marginalitat.

3. Utilització abusiva dels serveis d'urgències com a conseqüència del primer punt ja esmentat i d'una inadequada política sanitària: algú hauria d'explicar al client usuari pacient que els recursos sanitaris són limitats i que els serveis que es poden oferir també ho són. No es pot anar a urgències a totes hores, per qualsevol motiu, sigui urgent o no, i llavors queixar-nos que es col·lapsa el servei. Està molt bé que es parli dels drets dels ciutadans amb relació als serveis sanitaris, però, dels deures i la coresponsabilització en

el seu ús, qui en parla? S'hauria de començar a debatre la possibilitat d'aplicar mesures correctores per evitar l'abús i l'ús inadequat dels serveis d'urgències: advertència als usuaris reincidents en l'abús, sancions econòmiques –no ens multen quan aparquem malament? Amb la nostra actitud perjudiquem els altres usuaris–. Però, això, em temo que és políticament incorrecte...

4. Dotacions d'espai, de material i, sobretot, de personal adients a les necessitats, amb uns pressupostos realistes i unes contractacions dignes. Per què marxen els metges d'Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova? Pels contractes "basura"! No es pot pretendre donar un bon servei en situacions laborals indignes.

3.- Propostes de solucions

La primera solució seria adequar l'assignació d'usuaris per metge a les xifres recomanades per les Societats Científiques de Primària i la Subcomissió de Medicina Familiar i Comunitària del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut i que es mou al voltant de 1.600. Això permetria realitzar tasques de prevenció, promoció de la salut i educació de la població, que produiria un ús més eficient dels recursos de l'APS, tasca impossible en l'actualitat (xifres de > 2.000 usuaris per metge), perquè l'activitat assistencial absorbeix tota l'energia dels equips d'atenció primària.

L'any 1992, quan a Lleida només hi havia dues ABS (Balàfia i l'Eixample), l'ICS va encarregar l'estudi: *Projecte per planificar l'Atenció Continuada a Lleida ciutat* a una comissió de les dues ABS formada per 4 metges: Ferran Batlle, Úrsula Palau, Josep Maria Sagrera i Catalina Serna, i 2 diplomats d'infermeria: Miquel Flores i Núria Fontanet. Aquest estudi, que deu estar ple de pols en alguna prestatgeria de l'ICS, recollia informació de com funcionaven els serveis d'urgències extrahospitalaris en diferents comunitats autònomes amb més experiència en la reforma sanitària, que aquí tot just començava, i plantejava una proposta que avui en dia segueix tan vigent com fa 11 anys i que explicarem resumidament.

1. Creació d'un punt d'atenció continuada (PAC) únic per a tota la ciutat de Lleida, cèntric, accessible, ben comunicat i proper a

l'hospital de referència.

2. Espai físic i material. Inclouria una zona d'observació amb dos llits i l'equipament bàsic: equip de radiologia estàtica, equip de laboratori bàsic, material de reanimació, electrocardiògraf, aspirador, àrea d'observació i farmàcia d'urgències.

3. Personal: el propi del PAC, amb la creació d'una plantilla de professionals sanitaris ben formats en temes relacionats amb les urgències i l'atenció continuada, amb possibilitat de reciclatges periòdics, contractes laborals a llarg termini i ben retribuïts, a fi d'evitar l'aïllament, la monotonia i la falta d'incentivació. Els dies feiners, hi hauria dos metges i 2 diplomats d'infermeria, amb un professional de reforç els dies festius. Aquesta seria la dotació mínima tenint en compte les característiques poblacionals i la informació sobre altres PAC existents arreu d'Espanya. El personal de les ABS faria de reforç de l'anterior.

4. Horari: el centre hauria d'estar obert les 24 hores per reforçar el

concepte de punt d'atenció continuada, i així s'evitarien confusions per part de l'usuari perquè trencaria l'associació que actualment es fa entre el servei d'urgències i la continuació de l'assistència primària en hores vespertines. Així es donaria suport als equips d'atenció primària en l'atenció a les patologies o les demandes realment urgents i que trasbalsen completament el funcionament de les àrees bàsiques: el metge de família ha d'atendre els més de 2.000 usuaris que té assignats, la demanda domiciliària pròpia, l'atenció continuada dels companys de l'altre torn de treball i, a més, les demandes d'atenció urgent que es presentin, amb un funcionament més virtual que real de l'actual 061.

5. Comunicacions i transport sanitari: coordinació amb els serveis d'emergències mèdiques, que podrien estar ubicats, en part, en el mateix centre.

La resposta a aquest exhaustiu estudi va ser que no hi havia presupost i que el servei ordinari d'Urgències de Prat de la Riba ja cobria adequadament l'atenció

urgent de Lleida ciutat. Es va preferir mantenir la paradeta esmentada, amb petites modificacions, que assolir una reforma en profunditat de l'atenció a les urgències extrahospitalàries, amb els resultats coneguts per tots i que no cal explicar detalladament.

Surt molt car i és ineficient obrir totes les ABS a l'atenció continuada (AC) amb la dotació adequada de material. És una infraestructura poc rendible i infrautilitzada –tenim l'exemple d'altres comunitats autònomes que ho havien posat a la pràctica i han fet marxa enrere–. Si no es creen punts d'urgència resolutius i ben equipats, tant de personal com de material, no es té cap efecte sobre les urgències hospitalàries, perquè l'usuari acudeix al centre "més equipat". No oblidem que el 70-75% dels usuaris van directament a les urgències hospitalàries ("fenomen d'escapament"). És millor disposar d'un centre ben dotat d'equipament i de personal, conegut per la població, que obrir a l'AC unes quantes ABS amb un horari molt limitat i amb uns mitjans tècnics escassos.

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Metge de família.
Urgències i malalts crítics

Reflexions des de l'organització sobre els serveis d'urgències. Una responsabilitat de tots

Els serveis d'urgències hospitalaris constitueixen un punt polèmic per la força d'arrossegament mediàtic tenint en compte la globalitat en l'atenció i producte que inclou, sense excepció, tota la població, independentment de l'edat, el sexe o la patologia, en qualsevol hora del dia, els 365 dies de l'any i amb serveis d'alta tecnologia.

A) CAUSES

Hi ha diferents motius que originen l'increment de freqüentació i que consegüentment produeixen un disconfort en els clients.

A.1. Nombre d'actuacions i comportament de la demanda d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova en els últims 6 anys:

1997: 60.204
1998: 61.993
1999: 65.008
2000: 72.108
2001: 76.834
2002: 79.468

Habitualment, els gestors sanitaris busquem l'origen i les solucions de molts dels nostres problemes en una causa de tipus assistencial, quan en molts casos la dinàmica social i els comportaments expliquen part del fenomen. Cada cop més el ciutadà exigeix resolució més eficaç en menys temps. Això ho troba, fonamentalment, als serveis d'urgències dels hospitals.

A.2. Qui s'atén a Urgències?

Actualment, a Urgències s'atenen uns 235 casos diaris, que se

sotmeten a un seguit de proves complementàries i de despistatge que han ocupat un temps i un cost. D'aquests, solament, n'ingressen al voltant del 15%.

A.3. Qui atén a Urgències?

La plantilla pròpia de l'àrea d'Urgències està composta per:

- 17 metges adjunts d'urgències,
- 46 infermers,
- 26 auxiliars d'infermeria,
- residents que realitzen la seva formació,
- els metges d'*staff* dels serveis que col·laboren segons la demanda,
- especialistes en medicina familiar i comunitària que col·laboren en el triatge.

A.4. Quins recursos gestiona referents a boxes i llits?

- àrea de triatge,
- boxes de cures,
- boxes de reconeixement,
- 14 llits d'hospital de dia 1,
- 14 llits d'hospital de dia 2,
- 17 llits de curta estada, que es van posar en funcionament el proppassat 16 de gener i que han suposat un gran ajut per descongestionar en moments puntuals o en l'època del Pla Integral d'Urgències (PIUC).

Pel mateix concepte d'urgència –poc previsible– la demanda té aspectes de comportament que no segueixen una lògica estricta respecte a les hores i els dies de més freqüentació.

B) LÍNIES DE MILLORA

Les possibles solucions les trobarem si analitzem les causes que abans hem considerat tenint en compte, i vull deixar clar aquest

punt, que la situació a Urgències en moments complicats mai ha estat de col·lapse en el mateix servei i si que, possiblement, hi han hagut problemes en altres esglaons de la cadena com pot ser el mateix drenatge hospitalari o la cita prèvia d'atenció primària.

B.1. De l'atenció primària

Tal com he fet palès anteriorment, solament s'ingressen un 15% dels pacients que acudeixen a Urgències diàriament. Per tant, la resta podrien ser atesos en atenció primària. Perquè això sigui possible s'han d'establir mecanismes que possibilitin aquesta opció, que dotin de més confiança l'equip corresponent i que facilitin el vincle metge-pacient. És evident que el ciutadà veu en la tecnologia un gran atractiu per resoldre el problema en un únic acte assistencial, però si tingués disponibilitat d'ésser atès el mateix dia per la seva unitat bàsica assistencial, disminuiria la freqüentació a Urgències perquè el visités un professional que no el coneix.

En arribar a aquest punt podem caure en el "falten més metges i infermers", però no és del tot cert, ja que la mateixa o més transcendència tenen els aspectes organitzatius. De tots són coneguts els recursos instaurats en els últims 3 anys a Lleida ciutat en atenció primària. Malgrat l'evidència que això ha suposat un increment en la qualitat d'atenció al ciutadà, hem d'admetre que poc ha influït en la disminució de la freqüentació a l'àrea d'Urgències de l'Arnau de Vilanova. Ara que s'ha finalitzat la reforma, convé establir la plantilla per dotar de seguretat i confiança el ciutadà.

El model actual d'atenció primària, que és el mateix des del 1985 quan les urgències diàries hospitalàries eren mínimes, convé adaptar-lo i fer-lo accessible, amb confiança i amb rapidesa d'acció. Si som capaços, cal establir alguns canvis organitzatius d'acord amb les diferents demandes socials. Val a dir que mai havia existit una formació, un ventall tan ampli d'especialistes en medicina familiar i comunitària i també de personal d'infermeria. Per tant, cal aprofitar aquest guany, també, en el model d'atenció urgent.

B.2. De la plantilla de personal

Cal dotar d'estabilitat la plantilla. En hospitals del dimensionament de l'Hospital Universitari Arnau de

Vilanova, on la guàrdia de les plantes d'hospitalització és en molts serveis unipersonal, és complicat que romanguí a Urgències. Per tant, és lògic que en un hospital com aquest hi hagi un mínim d'*staff* propi i estable que garanteixi una homogeneïtat i continuïtat en l'assistència. D'altra banda, de tots és conegut el component emocional que té el treball continuat en una àrea amb aquesta especificitat, per la qual cosa considero que el personal ha de tenir unes condicions laborals òptimes com la resta del personal de l'hospital.

B.3. Espais físics

Després dels resultats de l'auditoria encarregada per la conselleria i desenvolupada pels professionals del Servei Català de la Salut amb les aportacions de personal de la mateixa organització, queda clar el manteniment d'un únic punt d'atenció a les urgències hospitalàries a Lleida ciutat. Per això, es remodelarà tota l'àrea per un total de 4.800.000 euros.

Ja hem esmentat abans els comportaments aleatoris de la

Problemes de drenatge hospitalari o de cita prèvia a AP influeixen a Urgències

demanda d'Urgències pel que fa a la complexitat i temporalitat. Considerem molt important disposar d'una Unitat de Curta Estada, dotada amb 17 llits des del 15 de gener, i que ha ajudat a controlar de manera molt ostensible el fenomen *acordi* del comportament de la demanda.

Aquests dos aspectes seran cabdals a l'hora de millorar el

confort dels pacients que romanen a Urgències, a més de dotar-la de funcionalitat i eficiència.

B.4. De la formació

És molt important que el resident prengui consciència que un cop finalitzada la seva formació, l'atenció urgent tindrà gran transcendència en la seva tasca ordinària. Per tot això, cal mantenir un rigor en el pas per urgències, potser més del que actualment hi ha i, sobretot, en residents d'últims anys.

B.5. De la resta de personal

Tot l'hospital ha d'estar compromès amb l'àrea d'Urgències. Ha de ser una única organització; segons l'especialitat, el compromís serà diferent. La presència de la guàrdia del servei de traumatologia a Urgències serà una realitat en un breu període de temps, així s'incrementaran els recursos especialitzats i la resolució de la mateixa unitat, ja que la traumatologia suposa un 30% de l'activitat. A la vegada, els serveis centrals, com Radiologia i Laboratori, agilitaran la seva resposta a les peticions d'aquesta àrea, la qual cosa



Radiografia d'una mà o radiografia d'un ratolí?

Som experts en veure la vessant informàtica de la medicina

SALUS

Software de gestió integral per a Centres Sanitaris

Ginecologia • Urologia • Psiquiatria • Traumatologia
Fisioteràpia • Neurologia • Odontologia • Medicina Fetal
Laboratori d'anàlisis • Atenció Primària • Centres Mèdics
Facturació • Cobraments • Agendes

C. Taquígraf Martí, 16 • Tel. 973 223 185 • 25008 LLEIDA
www.q-soft.net

també millorarà el drenatge. La direcció per objectius instaurada en aquest primer trimestre, així com els projectes de direcció clínica, s'han de constituir en eines de gestió que pimin aquesta finalitat.

B.6 De la resta d'hospitals.

Tot i que, com ja he dit, és evident l'existència d'un únic punt d'atenció i recepció d'urgències a Lleida, cal mantenir el compromís de la resta de centres hospitalaris pel que fa a la seva responsabilitat a assolir-ne un contingent, a fi que un percentatge dels seus ingressos vingui de les derivacions de l'HUAV.

En aquest moment, l'HUAV té un 65% de les altes provinents d'Urgències, un 17% la Quinta de Salut l'Aliança, i al voltant del 30% l'Hospital de Santa Maria.

Dr. Jaume Capdevila Mas
Director gerent de l'Hospital
Universitari Arnau de Vilanova

Les urgències i els malalts crítics

Dins del camp de les urgències, hi ha un cert nombre de malalts que es consideren malalts crítics, bé perquè estan en situació crítica, bé perquè ho poden estar, i que, per tant, són tributaris d'ingrés i tractament en unitats especials de cures intensives (UCI).

Una part d'aquests malalts presenten malalties agudes o cròniques aguditzades que afecten òrgans que comprometen funcions vitals (emergències), la qual cosa fa que necessitin suport vital immediat, moltes vegades de manera especialitzada i amb tecnologia sofisticada (ventilació mecànica, suport hemodinàmic, etc.). Aquest tipus de malalts es reben habitualment a les àrees d'urgències i ingressen ràpidament a l'UCI i en són exemples típics els traumatismes greus, la insuficiència respiratòria aguda o crònica aguditzada, l'infart agut de miocardi, el xoc, el coma profund, etc.

Hi ha un altre grup de malalts considerats crítics, o que poden ser-ho de manera sobtada, que, tot i que tinguin malalties greus, no tenen funcions vitals compro-

La manca de llits d'UCI provoca sovint l'ingrés de malalts crítics a Urgències

meses en aquest moment i no estan en situació de perill vital immediat. No obstant això, aquest tipus de malalts, a causa del perill potencial de la seva malaltia, també necessiten o bé vigilància i monitorització especialitzada de manera continuada, o bé tractaments especials que són tributaris d'UCI, tot i que el seu ingrés no és sempre de caràcter immediat i moltes vegades es fa de manera diferida. Exemples característics són els traumatismes toràcics i cranioencefàlics considerats moderats, alguns tipus d'infart de miocardi i l'angina de pit, situacions de coma no profund, etc.

Què passa amb els malalts crítics que arriben als serveis d'urgències? L'arribada a l'àrea d'urgències dels malalts crítics —entesos com ho hem definit abans— pot ser de dues maneres: a) malalts que arriben o són portats pels seus familiars (cotxe particular, ambulància local no medicalitzada, taxi, etc.), i b) malalts transportats per algun sistema d'atenció mèdica urgent extrahospitalari (061, SEM, SAMU, etc.). En el primer cas, els malalts no han estat valorats ni tractats prèviament i és l'àrea d'urgències qui fa la primera valoració inicial de la gravetat i la primera aproximació diagnòstica i terapèutica i, en funció de la situació, decideix el destí del malalt. En el segon cas, el malalt ja arriba valorat i amb un tractament en marxa i l'àrea d'Urgències es fa càrrec del malalt, continua el tractament i programa les proves diagnòstiques pertinents i, com en el cas anterior, decideix el destí del malalt en funció de la seva situació.

Hem de dir que a la majoria d'hospitals espanyols hi ha una clara mancança de llits d'UCI, la qual cosa fa que en certes ocasions l'ingrés d'un malalt crític no sigui possible, o no ho sigui de manera immediata, sinó després de diverses hores o, fins i tot, dies. Això fa que les àrees

d'urgències hagin de fer-se càrrec temporalment d'aquests malalts, la qual cosa en complica l'operativitat i agreuja la ja de per si sobresaturada càrrega assistencial. En alguns hospitals, la manca de llits d'UCI és tan patent que les àrees d'urgències es veuen obligades a mantenir un romanent continu de malalts crítics i, en alguns llocs, fins i tot, s'han configurat petites unitats per atendre aquests malalts dins de la mateixa àrea d'urgències (unitats de semicrítics, unitats de reanimació, etc.).

Com és la situació dels malalts crítics a Lleida? No difereix d'altres zones. L'àrea d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova habitualment està sobresaturada i, amb relativa freqüència, la Unitat de Cures Intensives també es col·lapsa. La manca de disponibilitat de llits d'UCI obliga que cert nombre de malalts crítics hagin de romandre i ser tractats a l'àrea d'Urgències, la qual cosa acaba repercutint negativament sobre aquesta àrea, ja que n'agreuja i empitjora la permanent i crònica sobrecàrrega assistencial. La conseqüència de tot això és —i ho serà cada vegada més— una pèrdua en la qualitat assistencial del malalt crític en la nostra zona.

És necessari, doncs, prendre consciència d'aquest problema i intentar trobar solucions adients. Se m'acut que una mesura inevitable ha de ser la de redimensionar novament l'UCI de l'Hospital Arnau, atenent la demanda actual i preveient les futures necessitats, almenys a curt i mitjà termini. Només així podrem donar una assistència de raonable qualitat als malalts crítics i no carregar de manera excessiva la ja elevada pressió assistencial que suporta continuament l'àrea d'Urgències.

Dr. Àngel Rodríguez
Professor titular de medicina. UdL
Hospital Universitari
Arnau de Vilanova

Doneu via lliure als vostres projectes



ESPECIAL PER A METGES

Hipoteques 2003

Al Col·legi us assessorarem de totes les condicions especials i facilitats per trobar la hipoteca que doni resposta a les vostres necessitats.

Informe-vos-en trucant al
902 197 261 o al vostre Col·legi.

Amb total adaptabilitat

Tipus d'interès fix.
Tipus d'interès variable.

Amb importants avantatges

Finançament de fins al 100% del valor de taxació per a l'habitatge i fins al 75% per al despatx professional o local.

Sense comissions per cancel·lació total o parcial per als préstecs de tipus variable.

Possibilitat de modificar la quota augmentant-ne o reduint-ne el termini.

Tipus d'interès del 3,75% el primer any.

Revisió anual per hipoteques fins al 80% de taxació: euribor+0,50.

Revisió anual per hipoteques de més de 80%, i fins al 100% del valor de taxació de l'immoble: euribor+0,70.

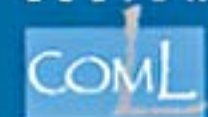
Termini de pagament de fins a 30 anys per al finançament de l'habitatge, i fins a 15 anys per al finançament del despatx o local.

Comissions d'obertura segons escalat

Comissions d'obertura: Fins a 60.000 €: 1%
De 60.000 a 180.000 €: 0,75%
Més de 180.000 €: 0,50%

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE

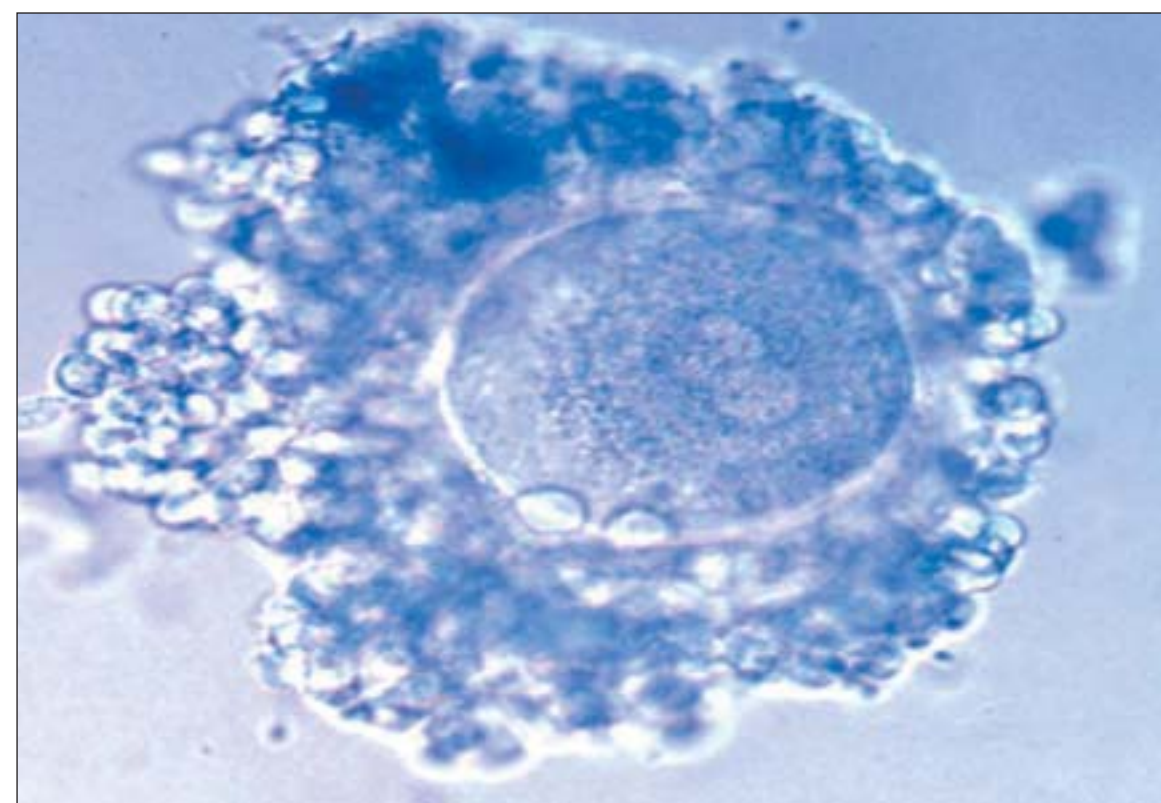
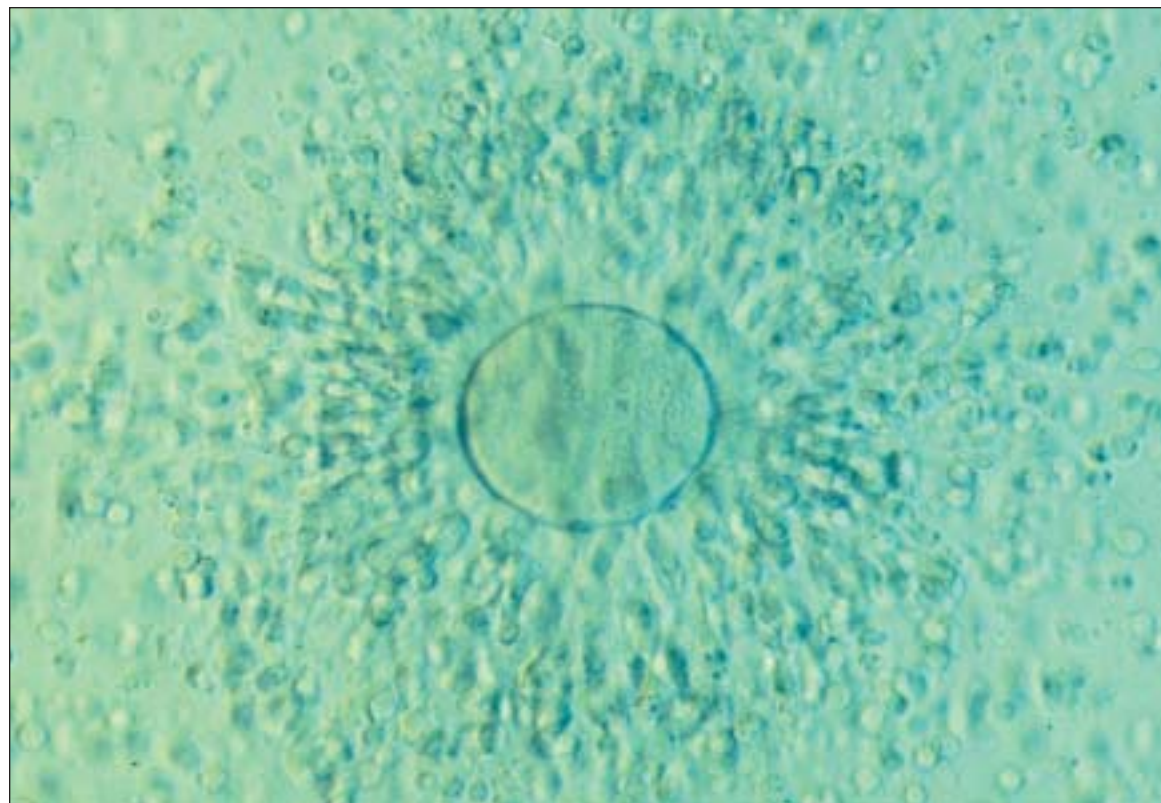
LLEIDA



SECCIÓ ADMINISTRATIVA, S.A.
Col·legi Oficial de Metges



La criopreservació d'ovòcits i teixit ovàric està indicada per a tècniques de reproducció assistida, per fer-la simultàniament a una lligadura de trompes i per a les malalties que requereixen tractaments infertilitzants



La criopreservació d'ovòcits i teixit ovàric

Dr. Jordi Cortada i Robert · Centre d'Infertilitat i Reproducció Humana de Lleida

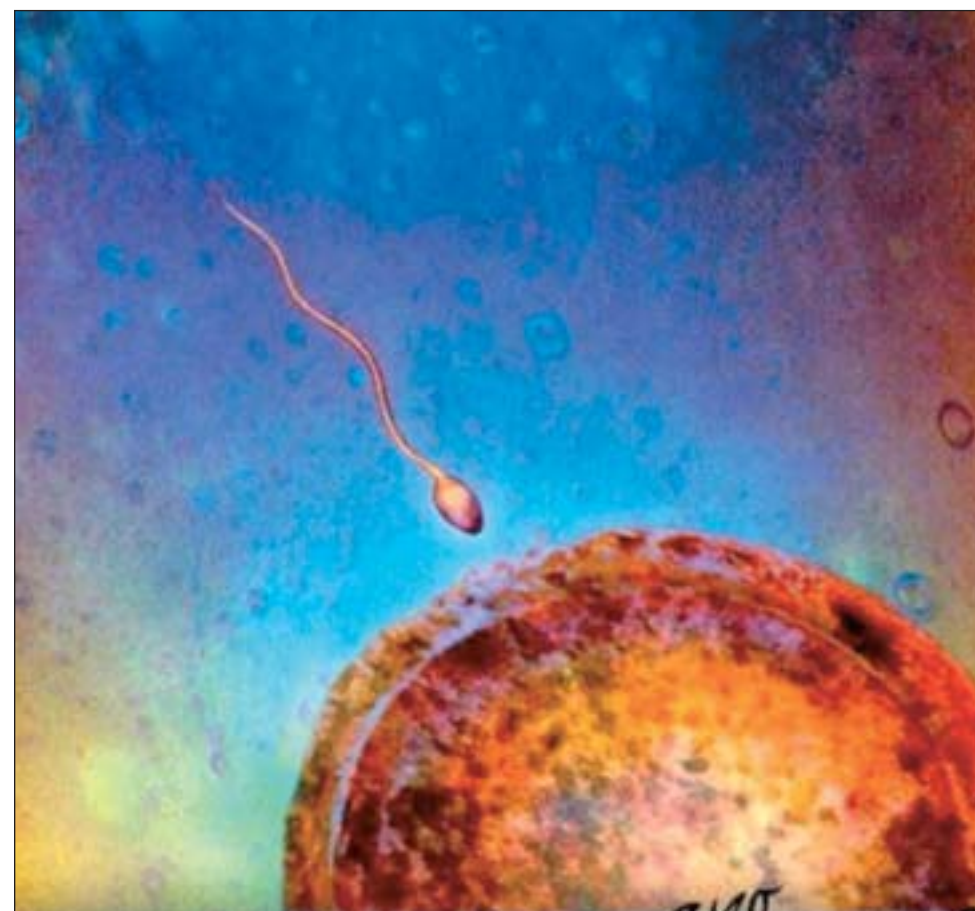
Es pot pensar que els intents de criopreservació amb finalitats científiques són una cosa moderna i actual, però hi ha experiments documentats des del segle XVIII, quan Spallanzani el 1776 va congelar espermatozous amb l'ajut de neu i va aconseguir, després, que recuperessin la motilitat. A principis del segle passat (1938), Jahnel va recuperar la motilitat d'espermatozous humans després d'haver-los congelat a -196°C .

El 1948 Chang aconseguí un embaràs després de congelació-descongelació d'embrions en una conilla. La primera vegada que es té constància d'un embaràs humà, després d'inseminació amb espermatozous humans criopreservats, fou una fita aconseguida per Bunge i Sherman el 1953.

L'any 1983 es va comunicar el primer embaràs a partir d'un embrió criopre-

servat (Trounson i Mohr), després d'una fertilització in vitro (FIV), encara que acabà en avortament.

Els resultats de la criopreservació d'ovòcits humans amb què s'havia començat a experimentar en la dècada dels vuitanta van ser força frustrants i semblava que no progressarien adequadament fins que a partir de l'any 1997 Porcu, Fabbri, Tucker i altres



col·laboradors van aconseguir embarassos després de criopreservació-descongelació d'ovòcits humans immadurs, madurats in vitro després de ser inseminats mitjançant la injecció intracitoplasmàtica d'espermatozous (ICSI).

A l'Estat espanyol les primeres experiències amb semen congelat i el primer Banc de Semen van ser una reali-



◆ **L'any 1983 es va comunicar el primer embaràs a partir d'un embrió criopreservat després d'una fertilització in vitro, però va acabar en avortament**

tat gràcies al Dr. Simon Marina a Barcelona. L'any 1987 hi havia registrats 19 bancs de semen en 9 comunitats autònomes i l'any 2001, 54 en 14 comunitats.

En l'actualitat, les tècniques de manipulació de semen criopreservat es troben plenament implantades, així com

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

la criopreservació d'embrions, i pel que fa a la congelació d'ovòcits i teixit ovàric, estan en fase d'experimentació i consolidació molt positives.

Indicacions de la criopreservació d'ovòcits i teixit ovàric

- Per a tècniques de reproducció assistida:
- Propis de la parella
- De donant
- Simultàniament a una lligadura de trompes
- En malalties que requereixen tractaments infertilitzants

La situació ideal per a una clínica de reproducció assistida seria comptar amb bancs de gàmetes masculins i femenins en proporcions similars per poder realitzar la fecundació en el moment considerat òptim des de la situació de cada parella.

Malgrat les dificultats tècniques i legals que avui en dia encara trobem per a la congelació d'ovòcits, la primera indicació és quan s'utilitza per a ús de la parella mateixa en el cas de dones que han de ser sotmeses a tractaments infertilitzants: radioteràpia, quimioteràpia o ovariectomia bilateral. També en el cas de dones joves que vulguin per diferents motius retardar la maternitat i que, en previsió de dificultats més grans a causa de l'edat, decideixen preservar els seus òvuls i, per tant, la seva capacitat reproductiva.

La criopreservació de teixit ovàric és una altra possibilitat d'"emmagatzematge" d'ovòcits, que en el moment de la descongelació ofereix dues possibilitats: a) la maduració d'ovòcits in vitro a partir d'ovòcits immadurs que suporten millor la congelació i b) l'estimulació ovocitària *in vivo* després d'autotrasplantament del teixit ovàric conservat. Aquestes possibilitats poden ser conflictives en el cas de certs tipus de càncer per la malignitat que, en alguns casos, fa perillar la viabilitat del procés, i si l'edat de la pacient supera els 35 anys els percentatges d'èxit es redueixen considerablement.

Tenint en compte la poca experiència que en aquest camp encara es té avui en dia, cal pensar que en el cas de dones molt joves es pugui esperar un avenç tècnic suficient en un espai de temps prou curt per quan arribin a necessitar-ho.

La recepció d'òvuls de donant per part de dones amb absència de funció ovàrica congènita o adquirida, permetria que la criopreservació d'òvuls provinents de voluntàries resolgués l'obligació de fecundar en el mateix moment de la recuperació dels fol·licles, que obliga a tenir la parella receptora lligada a un període concret de temps o a evitar l'obligació de fecundar tots els ovòcits amb el semen de la parella receptora.

◆ **La situació ideal per a una clínica seria comptar amb bancs de gàmetes masculins i femenins**

◆ **El camp de la criopreservació de gàmetes masculins és una realitat àmpliament experimentada**

◆ **La Llei 35/1988 no autoritza la crioconservació d'òvuls per a reproducció assistida**

◆ **A diferència dels homes, l'obstacle legal nega el dret a una possible maternitat a certes dones**

Un últim cas de donant d'òvuls és la dona sotmesa a FIV, que fa donació generosa dels seus ovòcits sobrants, que poden ser fecundats a partir d'una demanda.

Problemàtica actual entorn de la criopreservació d'ovòcits i teixit ovàric

El camp de la criopreservació de gàmetes masculins és una realitat àmpliament experimentada i coneguda des de fa unes quantes dècades; pel que fa a la congelació d'ovòcits i teixit ovàric ens enfrontem a una realitat molt més complexa.

Les dificultats tècniques de la congelació d'ovòcits es manifesten per la

presència d'un alt nombre d'anomalies en el fus meiótic i d'un baix índex de fecundació. L'ús de crioprotectors en un procés de congelació lenta i descongelació ràpida, més la utilització de l'ICSI, han contribuït a resoldre els problemes de congelació d'ovòcits en metafase II.

La Comissió Nacional de Reproducció Humana Assistida en el seu informe anual del 1998 opina, pel que fa als nivells de seguretat d'aplicació d'aquestes tècniques, que "los procedimientos para determinar la ausencia de alteraciones genéticas y la posibilidad de malformaciones congénitas no son distintos de los que se practican en otras técnicas de reproducción asistida".

Ara bé, l'obstacle principal rau, pel que fa a l'Estat espanyol, en la Llei 35/1988, que diu "no se autorizará la crioconservación de óvulos con fines de reproducción asistida en tanto no haya suficientes garantías sobre la viabilidad de los óvulos después de su descongelación".

No podem tenir, per tant, experiències àmplies en aquest camp, però sí que podem assenyalar les possibilitats que es neguen a un cert nombre de dones, que a diferència dels homes sotmesos a tractaments infertilitzants especialment per causa oncològica, veuen limitats els seus drets a una possible maternitat ja que no poden guardar els seus gàmetes. Existeix, per tant, una clara discriminació entre les possibilitats a priori del semen i el teixit espermàtic, per una banda, i dels ovòcits i el teixit ovàric, per l'altra.

Una raó més per defensar la criopreservació d'òvuls és evitar la necessitat de fecundar sempre en fresc, amb els problemes de coordinació que comporta en el cas de donants, i molt especialment per contribuir a la disminució del nombre d'embrions sobrants, que passen a criopreservació, gràcies a la possibilitat de fecundar en cada cicle només els que es necessiten per a una transferència.

La Comissió Nacional de Reproducció Humana Assistida, com l'opinió generalitzada de la comunitat científica, semblen estar a favor d'una modificació de la llei o, com a mínim, de l'article que restringeix aquestes pràctiques per aconseguir que, d'una manera controlada, es pugui experimentar en determinats centres amb les garanties suficients perquè es desenvolupin amb èxit. El ressò mediàtic que ha tingut la polèmica entre el Ministeri de Sanitat i la Clínica CEFER de Barcelona, a propòsit d'un cas d'embaràs provinent d'un òvul congelat, servirà per replantejar probablement alguns aspectes de la llei espanyola que han quedat endarrerits.

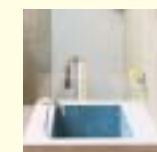
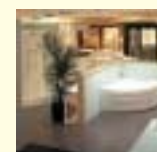
És evident que sense experimentació no es poden aconseguir progressos i que, com moltes vegades passa, les normatives queden desfasades respecte dels avenços socials i científics.

Perdoni, on és el lavabo?



A Aguiló-Pujol trobarà el lavabo i molt més: des de paviments, rajoles, mobles de bany i complements fins a teules, totxos i tot el que li pot fer falta si necessita construir o reformar.

Som especialistes en construcció, i a més dels materials, li oferim un servei global: assessoria personalitzada, contacte amb els millors professionals i el millor preu garantit. A Aguiló-Pujol no sols trobarà el que busca, trobarà solucions.



La superfície més gran de Lleida en materials de construcció.

Aguiló-Pujol



Ctra. de Tarragona, Km.90 Lleida Tel. 973/202350

Brots de toxiinfecció alimentària

Les toxiinfeccions alimentàries són un conjunt de malalties que tenen la característica diferencial de ser transmeses pels aliments. Aquestes malalties tenen com a causa microorganismes o les seves toxines que troben en els aliments suport per a la seva multiplicació o alliberació i, a més, donen símptomes predominantment digestius.

Dr. Pere Godoy · *Professor titular de medicina preventiva i salut pública*

En els darrers temps n'ha augmentat la importància a causa de l'aparició de nous patògens emergents i els canvis en els estils de vida que han comportat un increment de consum d'aliments fora de la llar i la preparació en forma industrial (*catering*).

Es calcula que les toxiinfeccions alimentàries afecten cada any el 10% de la població en els països occidentals i actualment es considera que constitueixen un dels principals problemes de salut pública¹.

L'objectiu d'aquest article és revisar el concepte actual de brot de toxiinfecció alimentària, els principals agents etiològics, la situació avui a Catalunya, la guia per a la investigació epidemiològica i la importància de la correcta comunicació amb els afectats i amb els mitjans de comunicació.

Concepte de brot de toxiinfecció alimentària

Es considera que un brot és la presentació de dos o més pacients amb una síndrome clínica similar que inicien símptomes després de consumir el mateix aliment si l'anàlisi epidemiològica implica aquest aliment com a font de la malaltia². Així mateix, es recomana investigar un sol cas en malalties infreqüents com el botulisme, intoxicació per bolets o intoxicació química². Se subratlla la importància de l'anàlisi epidemiològica perquè sovint en les toxiinfeccions alimentàries no es disposen de mostres per aportar proves microbiològiques sobre els agents i les fonts d'infecció.

◆ *Es calcula que aquests brots afecten cada any el 10% de la població en els països occidentals*

Tanmateix, actualment es considera que els estudis epidemiològics analítics són una prova suficient per imputar causalitat o responsabilitat a un aliment o establiment comercial.

Per tant, les finalitats dels estudis de les toxiinfeccions són les següents^{2,3}:

1) Realitzar una recerca etiològica per identificar l'aliment implicat, els agents causals, les fonts d'infecció i els factors contribuents. Un brot és un incident amb gran repercussió comunitària i s'ha d'esbrinar la causa que expliqui perquè un grup de persones han emmalaltit.

2) Establir mesures de control per evitar l'aparició de casos nous i prevenir altres brots (eliminar els aliments responsables, corregir els defectes de manipulació i controlar els manipuladors portadors).

3) Ajudar a dirimir els conflictes legals que es puguin generar entre determinats establiments i els afectats.

4) Contribuir a la vigilància i l'anàlisi epidemiològica. Les dades obtingudes a partir de totes les investigacions d'un territori indicaran els punts crítics en la producció, el processament i la preparació dels aliments, la qual cosa permetrà endegar programes de control adequats.

El factor temps és un enemic de la qualitat amb què s'han d'estudiar les toxiinfeccions alimentàries³. El període de temps transcorregut des que un grup de persones consumeixen l'aliment fins que s'inicia l'estudi del brot està relacionat amb fenòmens que poden comprometre la validesa de l'estudi (memòria de les persones exposades, possibilitat d'obtenir mostres clíniques i d'aliments o possibilitat de consum reiterat). Aquest interval de temps és molt variable i està en funció dels següents esdeveniments: període d'incubació de la malaltia; patogenicitat de l'agent infeccios; temps que precisa el metge per realitzar el diagnòstic i sospitar que és un brot⁶ (figura 1). La investigació s'inicia un cop han transcorregut tots aquests períodes i té l'objectiu d'explicar la causa que ha fet que una proporció de persones exposades a uns aliments (cohorte) hagi emmalaltit. És per això que la seva detecció precoç resulta fonamental per reduir al màxim el moment de l'inici de l'estudi. Així, pot resultar útil tenir en compte les principals síndromes, els períodes d'incubació i els agents etiològics⁴.

Els principals agents etiològics

Els símptomes clínics, el possible període d'incubació o el tipus d'aliment poden orientar la investigació del brot i àdhuc l'agent responsable⁴. Així, en períodes d'incubació inferiors a una hora i amb predomini del vòmit s'ha de pensar en una intoxicació per producte químic; en períodes d'incubació d'1-7 hores, també amb un inici sobtat i predomini de la náusea i el vòmit, cal pensar en *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* o intoxicació per bolets de període d'incubació curt; en períodes d'incubació superiors a les 8 hores, amb predomini de la diarrea, el dolor abdominal i, de vegades, la febre s'ha de pensar en una etiologia bacteriana (*Salmonella*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni* o *Shigella*); i en períodes d'incubació d'entre 24-48 hores, amb predomini de la náusea i el vòmit i amb una evolució ràpida cap a la curació, s'ha de considerar l'etiologia per virus Norwalk-like. Tanmateix, altres agents presenten síndromes clíniques diferents i períodes d'incubació molt superiors a les 72 hores, com en el cas de l'hepatitis A, febre tifoide o brucel·losi (taula 1).

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Taula 1. Agent implicat segons la clínica i el període d'incubació

AGENT ETIOLÒGIC	PERÍODE D'INCUBACIÓ	CLÍNICA
1. <i>Bacillus cereus</i>		
Toxina d'incubació curta (Toxina emètica)	1-6 hores	Vòmits, diarrea en alguns pacients, generalment sense febre.
Toxina d'incubació llarga (Toxina diarreica)	6-24 hores	Diarrea, dolor abdominal i vòmits en alguns pacients, generalment sense febre.
2. <i>Campylobacter jejuni</i> / <i>coli</i>	2-10 dies, generalment, 2-5 dies	Diarrea (sovint amb sang), dolor abdominal, febre.
3. <i>Clostridium botulinum</i>	2 hores-8 dies; generalment, 12-48 h	Malaltia de severitat variable: diplopia, visió borrosa i debilitat; paràlisi descendent i bilateral, que pot progressar ràpidament.
4. <i>Clostridium perfringens</i>	6-24 hores	Diarrea, rampes abdominals i, rarament, vòmits i febre.
5. <i>Escherichia coli</i>		
Enterohemorràgica (E.Coli O157:H7 i d'altres)	1-10 dies; generalment, 3-4 dies	Diarrea (sovint sanguinolenta), rampes abdominals (sovint severes), poca febre o gens.
Enterotoxigènica (ETEC)	6-48 hores	Diarrea, dolor abdominal, náusees; a vegades, vòmits i febre
Enteropatogènica (EPEC)	Variable	Diarrea, febre, dolor abdominal
Enteroinvasiva (EIEC)	Variable	Diarrea (a vegades sanguinolenta), febre, dolor abdominal
6. <i>Listeria monocytogenes</i>	9-32 hores; la mitjana és de 20 hores	Diarrea aquosa, febre, cefalea, miàlgia i dolor abdominal
7. <i>Salmonella</i> (no Typhi)	6 hores-10 dies; generalment, 6-48 h	Diarrea, sovint amb febre, i dolor abdominal
8. <i>Shigella</i> spp	12 h-6 dies; generalment, 2-4 dies	Diarrea (acostuma a ser sanguinolenta), sovint acompanyada de febre i dolor abdominal
9. <i>Staphylococcus aureus</i>	30 minuts-8 hores, generalment; 2-4 h	Vòmits i diarrea
10. <i>Streptococcus</i> Grup A	1-4 dies	Febre, faringitis, infecció respiratòria alta, escarlatina
11. <i>Vibrio cholerae</i>		
O1 o O139	1-5 dies	Diarrea aquosa, sovint acompanyada de vòmit
NO O1 i no O139	1-5 dies	Diarrea aquosa
12. <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	4-30 hores	Diarrea
13. <i>Yersinia enterocolitica</i>	1-10 dies, generalment, 4-6 dies	Diarrea, dolor abdominal, sovint sever
14. Escòmbriids (histamina)	1 minut-3 hores; generalment, <1h	Envermelliment, mareig, cremor de boca i gola, cefalea, simptomatologia gastrointestinal, urticària, pruija generalitzada
15. Bolets tòxics		
Toxines d'acció ràpida (muscimol, muscarina, psilocybin...)	2 hores	Vòmits i diarrea. La resta de símptomes varien segons la toxina (salivació, al·lucinacions, confusió visual...)
Toxines d'acció més lenta (<i>Amanita</i> spp)	6-24 hores	Diarrea i dolor abdominal durant 24 hores, seguits de fallida renal i hepàtica
16. <i>Trichinella</i> spp	1-2 dies, en la fase intestinal; 2-4 setmanes, en la fase sistèmica	Febre, miàlgia, edema periorbital, eosinifilia
17. <i>Giardia lamblia</i>	3-25 dies; la mitjana és de 7 dies	Diarrea, náusees, dolor abdominal
18. <i>Cryptosporidium parvum</i>	2-28 dies; la mitjana és de 7 dies	Diarrea, náusees, vòmits, febre
19. Virus Norwalk	15-77 hores, generalment, 24-48 hores	Vòmits, rampes, diarrea, cefalea
20. Rotavirus / adenovirus	24-77 hores; la mitjana és de 24-48 hores	Vòmits, náusees, diarrea (febre)

Situació a Catalunya

En el període 1990-1999 s'han detectat 1.075 brots de toxiinfeccions alimentàries. Aquests brots van comportar 16.344 malalts, 1.166 hospitalitzacions i set morts. La distribució anual va anar d'un mínim de 74 brots l'any 1990 a un màxim de 136 brots l'any 1999. Es detectà un cert increment del nombre anual de brots, que és atribuïble, en part, a una millora en el seu procés de detecció i investigació (figura 2)².

En el 60,4% dels brots investigats es va aïllar l'agent etiològic responsable. *Salmonella* sp va ser la causa més freqüent (85,5%), seguit de tòxics (3,4%), *Staphylococcus aureus* (3,2%) i *Clostridium perfringens* (3,1%) (figura 3)². En un 39,6% dels brots no es va poder determinar l'agent etiològic. Aquest percentatge és similar i àdhuc inferior al d'altres països^{4,7}. Així, als Estats Units, en la darrera avaluació, el percentatge de brots d'agent desconegut va ser del 68%⁷. Tanmateix, en els propers anys aquest percentatge es reduirà dràsticament en incorporar tècniques de laboratori per a la detecció de virus, que són els principals responsables dels brots d'etiologia desconeguda. Així, a la nostra regió de Lleida, en els darrers mesos, s'han pogut investigar diversos brots per virus Norwalk-like^{8,9}.

Quant a l'aliment vehiculador, s'ha de destacar que els ovoproductes encara constitueixen l'aliment que s'ha implicat en més brots, seguit del peix i el marisc (12,6%) i la rebosteria (9,1%) (figura 4). Els llocs on més sovint s'han presentat aquests brots han estat l'hostaleria i l'àmbit familiar, amb un percentatge molt similar, seguit de l'àmbit escolar (figura 5)².

Guia per a la investigació d'una toxiinfecció alimentària

Les etapes de la investigació d'un brot epidèmic impliquen la detecció i confirmació de la sospita del brot, la formulació d'una hipòtesi sobre la seva causalitat, la planificació i l'execució de l'estudi que cal seguir, l'anàlisi epidemiològica de les dades obtingudes per acceptar o rebutjar la hipòtesi i la realització d'unes conclusions i recomanacions^{2,3}. Per estudiar tots aquests aspectes cal una col·laboració estreta entre els metges assistencials, els metges epidemiològics, els veterinaris, els farmacèutics i els microbiòlegs³.

1) Detecció i confirmació de la sospita del brot

La detecció dels brots l'hem de fer els metges en exercici. No obstant això, a la pràctica, la primera sospita prové dels directores de col·legis, els responsables de cases de colònies,

Taula 2. Principals fonts d'alguns organismes causants de TIA

Salmonella:	Carn de pollastre i carn roja. Ous. Llet.
Staphylococcus aureus:	Aliments molt manipulats durant la seva preparació, sense cocció o després de la cocció. Derivats làctics.
Campylobacter jejuni:	Carn d'aviram i carn roja. Llet i aigua.
Bacillus cereus:	Cereals, aliments dessecats, derivats làctics, carns, espècies i vegetals.
Vibrio parahaemolyticus:	Peixos, marisc.
Clostridium perfringens:	Carns, aliments dessecats, espècies, vegetals.
Yersinia enterocolitica:	Carn de porc i d'aviram. Llet.
Escherichia coli:	Carns.

Taula 3. Anàlisi d'una taula de 2 x 2 en un estudi de cohorts retrospectiu

	Malalts	No Malalts
Exposats (Consumidors)	a	b
No exposats (No Consumidors)	c	d

Incidència en els exposats $I_e = a / a+b$
 Incidència en els no exposats $I_o = c / c+d$
 Risc Relatiu (RR) = $I_e / I_o = (a / a+b) / (c / c+d)$

Taula 4. Càlcul de l'aliment implicat en una toxiinfecció alimentària ocorreguda a la ciutat de Tàrraga¹⁰

Aliment	Consum						RR*	IC* 95%
	Si		No					
	Malalts	No Malalts (TA)	Malalts	No Malalts (TA)	Malalts	No Malalts (TA)		
Espaguetis	89	27 (76,7)	1	12 (7,7)	10,0	1,5-65,7		
Mandonguilles	88	35 (71,5)	1	4 (20,0)	3,6	0,6-20,7		
Verdura	66	32 (67,3)	12	3 (80,0)	0,8	0,6 - 1,1		
Pollastre	65	33 (66,3)	13	3 (81,2)	0,8	0,6 - 1,0		
Pastís	67	27 (70,1)	19	8 (67,8)	1,0	0,5 - 2,3		
Fruita	48	21 (69,6)	32	17 (65,3)	1,0	0,8 - 1,4		
Amanida	2	1 (66,7)	82	34 (70,7)	0,9	0,4 - 2,2		
Regim	1	4 (20,0)	83	31 (72,8)	0,3	0,1 - 1,8		

*RR, risc relatiu; IC, interval de confiança

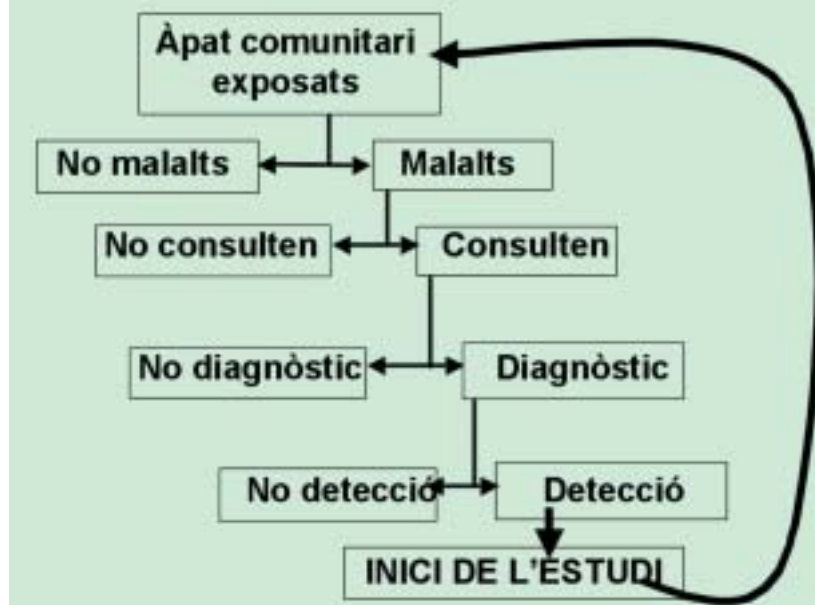
els organitzadors d'àpats col·lectius, els particulars afectats o els responsables de menjadors col·lectius. Per tant, aquest és el primer contacte dels afectats amb el sistema sanitari i un aspecte vital de la investigació⁷.

Durant aquesta conversa inicial amb els afectats, s'ha de preguntar sobre la filiació d'altres persones que assistiren a l'àpat sospitós i de les persones malaltes amb la mateixa síndrome

clínica^{4,5}. És recomanable registrar una informació mínima i uniforme per a cada malalt, però s'ha de deixar que la persona pugui descriure la seva malaltia i els aliments i esdeveniments que cregui que hi estan associats. Mai no s'han de suggerir les respostes. Per tant, cal preguntar per:

- Visites, viatges o reunions que s'hagin efectuat les últimes 72

Figura 1. Toxiinfeccions alimentàries. Importància del factor temps



brot. De vegades, la informació aportada durant la comunicació inicial palesarà l'existència del brot pel nombre de persones que presentin els mateixos signes i símptomes coincidint en el temps. Tanmateix, quan hi ha poques persones afectades o que resideixen en diferents municipis o en casos de malalties que es transmeten fàcilment de persona a persona pot ser més difícil confirmar el brot de toxiinfecció.

Per això, tan aviat com sigui possible es farà una avaluació preliminar de les dades per verificar l'existència d'associacions temporals, de llocs o de característiques personals dels pacients que compleixen la definició de cas del brot.

Les associacions temporals es refereixen a l'inici dels casos en el decurs d'unes hores o dies concrets. Si l'exposició ha estat comuna i fa referència a un aliment, els casos haurien d'iniciar simptomatologia en un interval de temps corresponent al del període d'incubació (màxim i mínim) de l'agent sospitós. Una regla pràctica

Figura 2. Evolució temporal dels brots de TIA. Catalunya 1990-1999



hores, que poden donar la clau de la font comuna.

- Data i hora dels primers símptomes i la presència dels signes i símptomes de la malaltia (náusees, vòmits, dolors abdominals, diarrea, nombre de deposicions, tenesme, calfreds, febre i altres manifestacions clíniques).
- Aliments consumits amb anterioritat a l'inici de la malaltia, almenys 72 hores abans.

D'altra banda, aquest és un moment ideal per obtenir mostres clíniques. Les persones, en la fase aguda de la malaltia, col·laboren més i, a més, determinats patògens només es poden detectar al cap de pocs dies que hagi aparegut la malaltia.

- 2) Verificació de l'existència del

◆ **La detecció dels brots l'han de fer els metges en exercici**

◆ **A la pràctica, la primera sospita prové dels col·legis**

per constatar aquest origen comú i localitzar la data del consum consisteix a restar al primer i l'últim cas, respectivament, el mínim i el màxim del període d'incubació de la malaltia sospitosa descrit a la literatura científica. Aquest mètode descriptiu s'ha utilitzat en un brot recent per virus Norwalk a la ciutat de Lleida per localitzar la data del consum (figura 6)⁹.

Les associacions de lloc també poden establir-se per la compra d'aliments en un mateix establiment o per assistir al mateix esdeveniment. Les associacions respecte a les característiques personals, farien referència a altres experiències comunes com poden ser menjar el mateix aliment,

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

tenir la mateixa edat, sexe o ocupació.

3) Formulació de la hipòtesi

Tenint en compte les associacions establertes o suggerides per la investigació fins a aquest moment, s'ha de formular una hipòtesi que justifiqui un estudi més complex i detallat i permeti realitzar activitats de control. Els símptomes clínics dels malalts, l'aliment sospitós (taxa d'atac més alta) i el període d'incubació poden orientar sobre l'etiologia probable del brot (taules 1 i 2). En general, la hipòtesi hauria d'explicar el tipus de malaltia, els vehicles (aliments), la data i el lloc (establiment) del consum, el lloc i la manera de contaminació, la població exposada i altres relacions causals^{2,3}.

4) Instaauració de mesures de control

Aquestes mesures s'han d'instaurar al més aviat possible, segons hipòtesis plausibles, sense esperar els resultats de tota la investigació. Aquest aspecte adquireix una importància especial en casos de malalties greus (botulisme), amb possibilitats de propagació (shigel·losi) o quan la població exposada és molt susceptible, com és el cas de nens, malalts o avis.^{13,17,18}

El tipus de mesura vindrà determinada per l'agent etiològic sospitós, els vehicles implicats o la distribució dels aliments preparats. En menjadors col·lectius poden aplicar-se mesures com: evitar la producció de l'aliment sospitós; modificar les operacions, com ara cuinar aliments a determinades temperatures, o servir-los amb rapidesa.

5) Planificació i execució de la investigació

Per confirmar o refutar les hipòtesis enunciades s'ha de realitzar un estudi que permeti obtenir la informació pertinent.

Els tipus de dissenys utilitzats són variables: cohorts retrospectives, casos i controls, i totes les possibilitats de dissenys híbrids. L'elecció de l'estudi està en funció del tipus d'exposició (puntual o consum reiterat) i del període d'incubació de la malaltia.

En brots de període d'incubació curt (no superior a 72 h), quan la investigació s'inicia ràpidament i, en general, quan la població exposada està molt ben delimitada, el disseny més recomanable és el de cohorts retrospectives, ja que permet calcular directament les taxes d'atac diferenciades per l'exposició a cada aliment, així com el risc relatiu.

En malalties de període d'incubació llarg (febre tifoide, hepatitis A o brucel·losi) i quan no hi ha una exposició puntual per a tots els casos, s'utilitzen els estudis de casos i controls o dissenys híbrids³.

Els aspectes que s'hauran de tenir en compte a l'hora de realitzar l'estu-

Figura 3. Etiologia dels brots de TIA. Catalunya 1990-1999

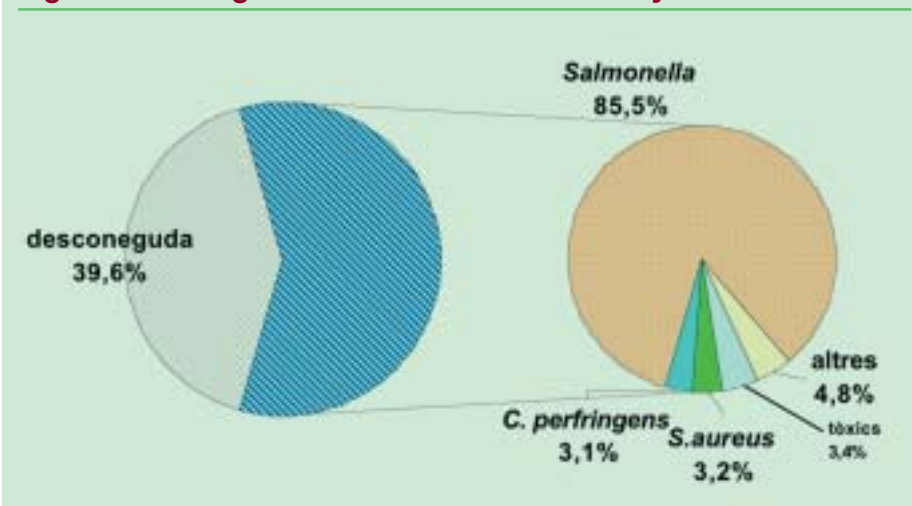
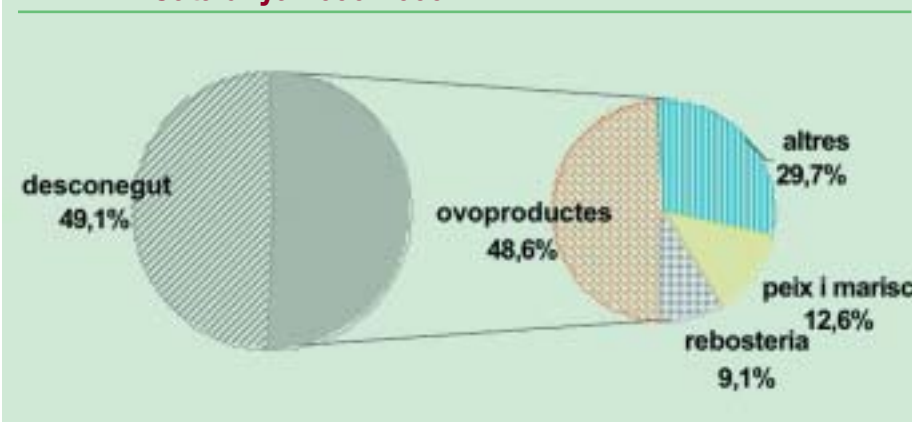


Figura 4. Aliments vehiculadors en els brots de TIA. Catalunya 1990-1999



◆ **Determinar la població de risc resulta imprescindible per fer un estudi de cohorts retrospectiu**

◆ **L'entrevista telefònica dona resultats fiables i és útil quan els exposats resideixen en diferents municipis**

di són:

a) La població de risc: determinar aquesta població resulta imprescindible per fer un estudi de cohorts retrospectiu i obtenir mostres aleatòries d'exposats. Si no n'hi ha, s'han de localitzar els casos addicionals i fer una llista de controls potencials per realitzar un estudi epidemiològic de casos i controls.

b) L'instrument per recollir la informació (qüestionari): l'ideal és utilitzar qüestionaris per a entrevista personal¹². L'entrevista telefònica dona resultats fiables i és especialment útil quan els exposats resideixen en diferents municipis, ja que permet estalviar temps i desplaçaments. Els qüestionaris que omplen els mateixos afectats és una possibilitat que es pot tenir en compte en els casos de poblacions voluminoses, amb un nivell cultural acceptable, i quan no es disposa ni de temps ni de personal per a la recollida de dades (exemple, toxiinfeccions en menjadors universitaris o instituts de secundària). En aquests casos, es recomana donar unes instruccions mínimes per emplenar el qüestionari, que ha de permetre respostes clares i no induir a errors.^{13-15, 23}

c) Recollida de la informació: com a

orientació, es recomana entrevistar tots els exposats si no són més de 100. Si n'hi hagués un nombre superior, es podria obtenir una mostra representativa (aleatòria, sistemàtica, estratificada o per conglomerats) a partir de la llista nominal. La mida d'aquesta mostra i la fracció de mostreig pot ser variable i, en part, la condicionarà la disponibilitat d'entrevistadors i el temps per fer l'estudi. En general, es preferible que la recollida de dades sigui curosa i detallada, malgrat que això suposi no entrevistar una proporció gran d'exposats.

d) Obtenció de mostres clíniques: és important obtenir mostres durant els dos primers dies del quadre clínic, i abans que el pacient comenci a prendre alguna medicació. Tanmateix, les mostres preses amb posterioritat també poden ser útils. En aquest cas, cal anotar el tipus de medicament i les dosis. El tipus de mostra dependrà del quadre clínic. En malalties amb predomini de la diarrea i un possible període d'incubació intermedi (8-72 hores) s'obtindrà femta. Aquesta és, amb diferència, la mostra més corrent. En els casos en què predominin els vòmits i es prevegi un període d'incubació curt (1-8 hores), es poden recollir mostres d'aquest espècimen. En pacients amb febre o que tinguin malalties greus (botulisme) o de possible etiologia vírica, també es poden obtenir mostres de sang⁴.

e) Planificació i execució de la visita a l'establiment: en el cas que l'aliment responsable hagi estat cuinat en un establiment de restauració, s'haurà d'entrevistar el responsable i els manipuladors d'aliments. També s'hauria d'analitzar el risc de cada aliment, recollir mostres i investigar les fonts d'infecció i els mecanismes de contaminació.

6) Anàlisi epidemiològica de les dades

La informació que s'ha obtingut a partir dels qüestionaris permet elaborar la corba temporal epidèmica i conèixer l'associació entre els diversos aliments consumits i la malaltia^{2,3}.

a) La corba temporal epidèmica es construeix sobre uns eixos de coordenades. A l'eix d'abscisses, s'assenyala el temps en hores que ha transcorregut des del moment de la ingesta. A l'eix d'ordenades, s'assenyala el nombre de casos. Com s'observa a la figura 6, la representació que s'obté mostrarà un tipus de corba en què els casos se situen entre el període d'incubació mínim i màxim de la malaltia que es tracti. Quan apareixen casos amb períodes d'incubació superiors al màxim teòric, poden explicar-se per un consum posterior de l'aliment o per ser casos secundaris de transmissió de persona a persona.

b) Estudi de l'associació entre els diversos aliments consumits i la

Figura 5. Àmbit de producció dels brots de TIA. Catalunya 1990-1999

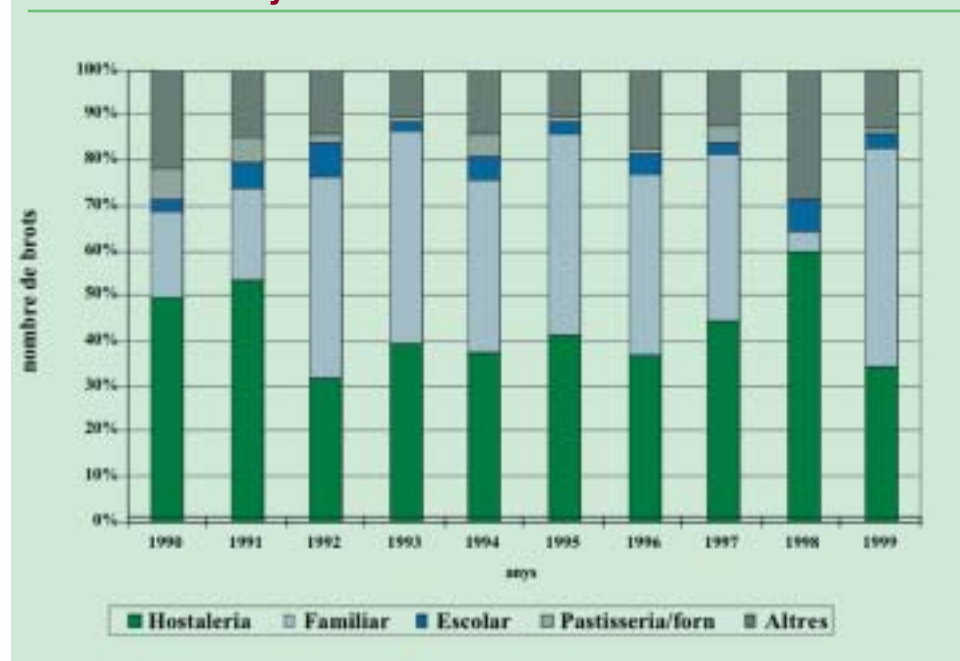
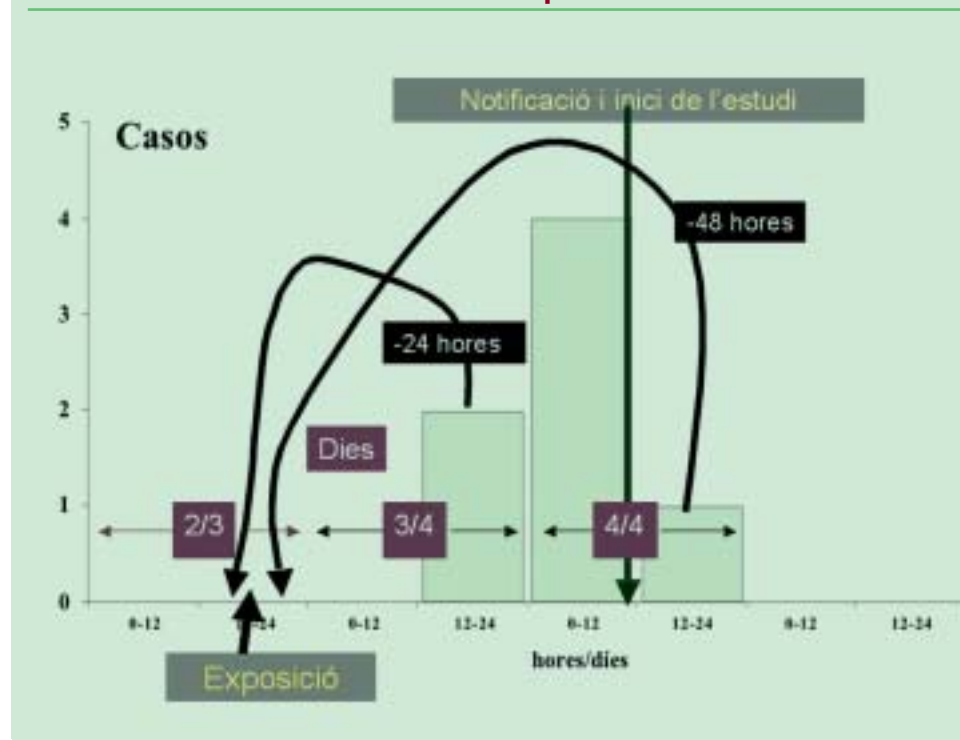


Figura 6. Corba epidèmica de presentació de casos en un brot de toxiinfecció alimentària per virus Norwalk-like



malaltia. Com s'ha assenyalat anteriorment, hi ha dos tipus possibles d'estudis.

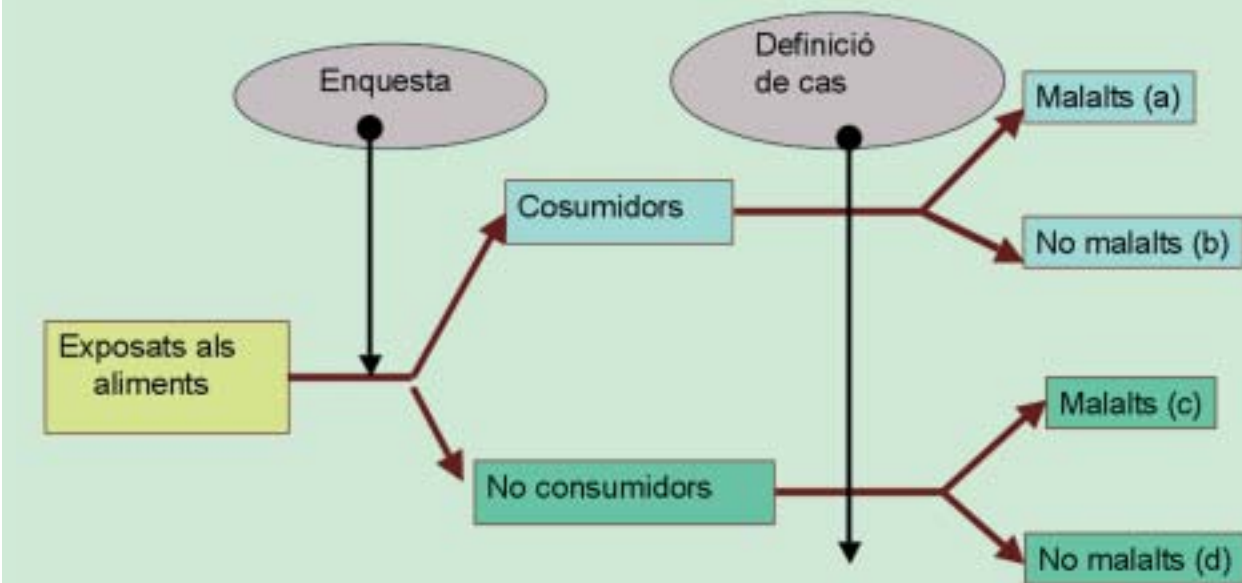
Si es fa un estudi de cohorts retrospectiu, es pot estimar la incidència amb què ha aparegut la malaltia en cadascuna de les cohorts. La cohort exposada la formen els que han menjat un determinat aliment i la cohort no exposada, els que no l'han menjat. Un cop es coneix el nombre de malalts i no malalts en cada cohort, les dades s'introdueixen en una taula de 2 x 2 com la que es mostra a la

taula 3. La proporció $a/a+b$ és la incidència de la malaltia en els exposats (I_e), mentre que la proporció $c/c+d$ és la incidència de la malaltia en els no exposats (I_o).

Si en els exposats a un aliment la incidència de la malaltia és més alta que en els no exposats, cal pensar que hi ha associació entre l'aliment en qüestió i la malaltia. La mesura que relaciona aquestes dues incidències és el risc relatiu (RR): $RR = I_e/I_o$.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Figura 7. Toxiinfeccions alimentàries i estudis de cohorts retrospectius



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Un exemple pràctic d'aquest càlcul es pot observar en la taula 4, que presenta els resultats d'una toxiinfecció alimentària per salmonel·la ocorreguda a la ciutat de Tàrraga¹⁰.

Però amb aquesta mesura no és suficient per conèixer si des del punt de vista epidemiològic hi ha associació entre el consum d'un determinat aliment i l'aparició de la malaltia, ja que podria ser que la distribució dels casos entre els exposats i els no exposats l'expliqués l'atzar. Per descartar aquesta possibilitat cal calcular l'interval de confiança del RR i constatar que el límit inferior és superior a 1 (a la taula 4 es pot observar que el límit inferior de l'aliment implicat, els espaguetis és 1,5) o fer una prova de significació estadística (chi quadrat) que ens indicarà amb quina probabilitat (p) la distribució la pot explicar l'atzar^{2,3}.

Quan és un estudi de casos i controls no es poden comparar incidències, ja que es parteix de malalts i no malalts. Llavors, el que es cerca en cadascun d'aquests col·lectius és la freqüència d'exposició (consum d'un determinat aliment).

En aquesta situació la mesura d'associació que s'ha d'utilitzar és l'odds ratio (OR)³, que té una interpretació equivalent al RR i que segons la nomenclatura de la taula 3 es calcula $OR = ad/bc$.

Quan es troben valors d'OR o de risc relatiu alts en més d'un aliment, cal pensar en dues possibles explicacions: que realment hi hagi dos aliments contaminats. O que, en analitzar les dades, es produeixi un biaix de confusió. Per conèixer quina de les dues explicacions és la més

correcta, cal utilitzar tècniques d'anàlisi epidemiològica específiques, com l'anàlisi estratificada de Mantel-Haenszel o la regressió logística. Sense entrar en la metodologia d'aquestes tècniques, cal assenyalar que amb aquests mètodes el que s'aconsegueix és eliminar el biaix de confusió i conèixer quin és l'aliment que realment està associat a la toxiinfecció.

7) Conclusions i elaboració de l'informe

Per elaborar unes conclusions adequades sobre l'etiologia (agent causal) i el vehicle de transmissió (aliment o aliments implicats), s'han de tenir en compte, a més del RR o l'OR, els resultats de laboratori, la clínica que

han presentat la majoria dels pacients, les dades obtingudes sobre el procés de manipulació i les pràctiques dels manipuladors. Només considerant de manera adequada tots aquests aspectes, se senten les bases per arribar a conèixer l'etiologia i els factors contribuents d'un brot de toxiinfecció alimentària⁴⁻⁶.

Finalment, un cop s'ha investigat el brot, s'han de fer recomanacions específiques per prevenir nous episodis i elaborar un informe que reflecteixi adequadament tots els factors relacionats amb l'aparició del brot i també les actuacions sanitàries que s'han dut a terme per a la investigació³.

A partir d'aquests informes es poden conèixer els agents causals, els aliments i els factors contribuents més freqüents en cada comunitat, la qual cosa és fonamental per orientar de manera correcta les actuacions preventives que siguin necessàries per disminuir-ne la seva incidència. A més, també s'ha de tenir en compte que com a documents administratius que són, poden ajudar a dirimir els conflictes legals que pugin derivar-se.

La comunicació amb els afectats i els mitjans de comunicació

En el decurs dels brots epidèmics, com en altres situacions de crisi que afecten la salut pública, és habitual que es generin conflictes i desconfiances envers les actuacions que es duen a terme¹¹ i, sovint, la confiança en els mateixos sanitaris pot resultar afectada.

L'objectiu de la comunicació en els brots epidèmics i en situacions de crisi en general és intentar que el risc

i les preocupacions que perceben els pacients, els grups d'afectats i els mitjans de comunicació s'acosti al màxim al documentat pels estudis epidemiològics.

Per això, quan es fa comunicació en situacions de brots s'han de respectar tres principis¹¹: acceptar que el que percep el públic i els pacients són fets reals; És fonamental crear confiança i credibilitat en els sanitaris que fan els estudis; i reconèixer que la comunicació és una habilitat que requereix coneixements, preparació i pràctica.

En aquesta línia, s'ha d'intentar: incorporar en la comunicació tots els punts de vista (pacients, col·lectius, establiments, indústria i Administració); donar un tractament respectuós i una resposta a tots el requeriments d'informació; subministrar informació clara, oberta i sincera sobre el que "es coneix" i el que "no es coneix"; i intentar que totes les recomanacions i informacions les faci un únic interlocutor.

Hem d'acceptar l'aspiració social de rebre respostes clares i informades en situacions que afecten la salut de la comunitat. Abordar adequadament aquesta aspiració de la nostra comunitat és una qüestió de bona voluntat, però també d'una correcta formació en el camp de la comunicació dels mateixos sanitaris.

Bibliografia

1. Käferstein, F.; Abdussalam, M. "Food safety in the 21st century". *Bull WHO* 1999; 77: 347-51.
2. Álvarez, J.; Camps, N.; Martínez, A.; Orcau, A. *Protocol de prevenció i control de brots de toxiinfecció alimentària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
3. Arqués Surinach, J.; Bellolell Ros, I.; Ciruela Navas, P.; Cugat Pujol, G.; Ferrer Escobar, D.; Garrido Morales, P. *et al. Guia per a la prevenció i el control de les toxiinfeccions alimentàries*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1992.
4. Centers for Disease Control and Prevention. "Diagnosis and management of foodborne illnesses: a primer for physicians". *MMWR* 2001; 50 (RR-2): 1-68.
5. Long, S.M.; Adak, G.K.; O'Brien, S.J.; Gillespie, I.A. "General outbreak of infectious disease linked with salad vegetables and fruit, England and Wales, 1992-2000". *Commun Dis Public Health* 2002; 5: 101-5.
6. Daniels, N.A.; Mackinnon, L.; Rowe, S.M.; Bean, N.H.; Griffin, P.M.; Mead, P.S. "Foodborne disease outbreaks in United States schools". *Pediatric Infectious Disease Journal* 2002; 21: 623-8.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for foodborne-disease outbreak - United States, 1993-1997. 1-63.
8. Godoy, P.; Torres, J.; Guix, S.; Prat, A.; Alsedà, M.; Domínguez, A.; Bosch, A.; Salleras, L. "Toxiinfecció alimentària por ostras causada por virus Norwalk-like". *Med. Clin. (Barc.)* 2000; 114: 765-8.
9. Godoy, P.; Prat, A.; Alsedà, M.; Torres, J.; Domínguez, A.; Salleras, L. "Toxiinfecció alimentària por virus Norwalk-like genogrupa II". *Med. Clin. (Barc.)* 2002. 119: 13-15.
10. Godoy, P.; Artigues, A.; Usera, M.A.; González, Pablo N.; Agustí, M. "Brote de toxiinfecció alimentària por consumo de espaguetis a la carbonara causado por *Salmonella enteritidis*". *Enf. Infecc. Microbiol. Clin.* 2000; 18: 257-61.
11. Bennet, P. "Understanding responses to risk: some basic findings". A: Bennet, P.; Calman, K. *Risk communication and public health*. New York: Oxford University Press, 1999: p 3-19.



THULIR

Maragall, 49 25003 Lleida Telf.: 973 28 95 tw@thulir.com

Thulir Actual és un servei gratuït de la llibreria dirigit a professionals, amb l'objectiu de comunicar ràpidament les novetats bibliogràfiques que es publiquen en les àrees científiques i tècniques de qualsevol matèria escollida. Abarca les Editorials més prestigioses del Món:

Harcourt, Mosby, Elsevier, Academic Press, Saunders, Oxford, Cambridge, Springer, Kluwer, McGraw-Hill, Wiley, Harward, Princeton, Yale, O'Reilly Etc, Etc, Etc...

Inclou també avanços de moltes publicacions, en ocasions amb mesos d'antelació.

Es un Servei Compilador amb Taules de Contingut, Índex i Descripcions de la majoria dels títols.

Actual!



Sistema gratuït de Compilació i notificació electrònica de Llibreria Thulir

✓ **Avanç de les noves publicacions bibliogràfiques d'EEUU i Europa per E-mail**

Suscripció

Gratuïta
Inmediata
Privacitat i Seguretat

✓ **Registre personal i selecció de les matèries i especialitats del seu interès. (Concreció de matèries especialitzades)**

Libres / CD-Roms

Descripcions
Taules de Continguts
Índex

Servei de Llibres

Reserves
Comandes
Pre-supostos
Temps de recepció

SOL. líciti-ho
sense compromís

A: thulir@infonegocio.com

Posi les Matèries i Especialitats del seu interès amb el seu e-mail

Anatomia, Laboratori, Immunologia, Medicina Interna, Cirurgia, Anestesiologia, Oftalmologia, Dermatologia, Farmacologia, Ginecologia, Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria i Psicologia, Radiologia, Etc., Etc.,

I rebrà al seu ordinador un informe de les últimes novetats bibliogràfiques.

Actualització constant desde les pròpies Editoriales. Servei Directe. Recepció en pocs dies.

L'exercici de la medicina a començaments del segle XIX

Si, actualment, com hem vist al 'Butlletí' anterior a través de la crònica sobre "La recerca a les facultats de Medicina", el que preocupa en el món universitari és l'organització de la investigació mèdica en el nostre país, el que inquietava els metges progressistes del segle XIX, dins i fora del cercle de la universitat, era, sobretot, com calia estructurar l'assistència primària als malalts dels pobles i les ciutats de l'Estat.

Drs. Manuel Camps i Surroca i Manuel Camps i Clemente

Hi ha hagut organitzadors de l'exercici mèdic que són prou coneguts per la petjada que van deixar les seves idees transformadores de la medicina i la seva pràctica. En tenim exemples de metges catalans il·lustres, com van ser Pere Mata i Fontanet (Reus, 1811-Madrid, 1877), en el camp de la perícia forense; o bé el lleidatà de Guissona i metge de cambra de Ferran VII, Pere Castelló i Ginestà (Guissona, 1770-Madrid, 1850), qui va aconseguir unificar la medicina i la cirurgia amb el seu conegut *Reglamento* de 1827, va introduir en els col·legis de Cirurgia l'ensenyament de la medicina interna i va fer possible la titulació de metge cirurgià, fet que va durar fins a la reforma de 1843.

Altres metges de menys volada, i també del segle XIX, es van preocupar d'aquesta faceta reglamentadora de l'exercici mèdic, com els lleidatans Ignasi Graells (Balaguer, 1775-Caldes de Montbui, 1856), rigorós contemporani de Pere Castelló; i Martí Castells (Almenar, 1813-Barcelona, 1887). Els dos ens han deixat obra escrita sobre aquest aspecte professional de la medicina del seu temps, tan malmesa segons ells.

L'obra que analitzem d'Ignasi Graells i Farré tracta del seu projecte de reforma de la medicina. Va ser editada a Madrid el 1815 i anava dirigida específicament als metges –no als cirurgians– perquè ell mateix aleshores exercia la professió a *Carabanchel de Abaxo*. La difusió que es donà a aquest petit llibre de 64 pàgines, possibilitat que també es pogués adquirir a la província de Lleida, a la llibreria Olivares de Cervera i a la de la vídua Escuder de Lleida¹.

Coincideix la data d'edició amb el retorn de Mallorca de Pere Castelló, lloc on va estar refugiat fins al 1814 durant la guerra de la Independència, i

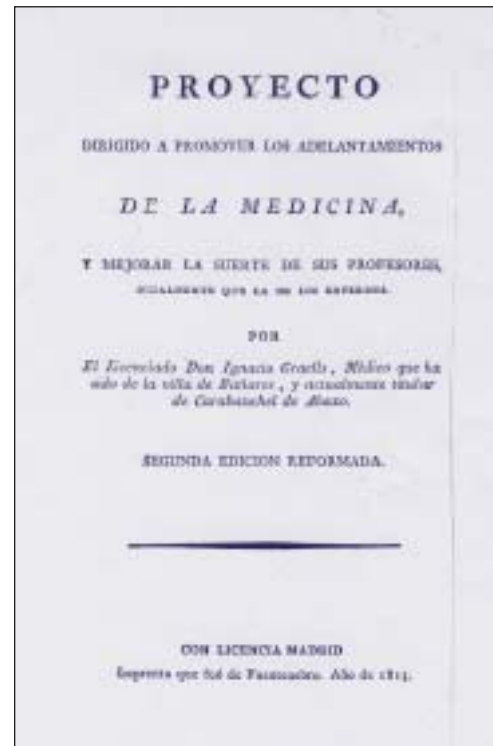
on no deixà l'exercici si ho jutgem pel certificat d'un cas d'epilèpsia que signà el 1813 conjuntament amb el metge militar Antoni Almodóvar i el director del Col·legi de Cirurgia de Palma, Bartolomé Bover (Apèndix documental).

Tornant a Ignasi Graells, va nèixer a Balaguer el 26 de gener de 1775. Els seus pares, Ramon Graells i Falguera i Francesca Farré i Ribera, eren oriünds de Tornabous. El seu oncle i padrí de bateig, Ignasi Graells i Falguera, germà del seu pare, exercia la medicina a la Prenyanosa (Segarra, bisbat de Solsona)². Amb aquest antecedent mèdic familiar directe, Graells deixà també un fill metge –Marià de la Pau Graells i Laguera–, que fou a més un reconegut naturalista³.

Va morir a Caldes de Montbui el 6 de juny de 1856, lloc on va dirigir les famoses termes a partir del 1823, any en què publicà alguns dels principals elements dissolts en les seves aigües. A partir d'aleshores i fins a l'arribada del doctor Martí Castells com a nou director l'any 1878, no es van fer més avenços en el coneixement científic del balneari. Castells, en reconeixement de la tasca hidroteràpica de Graells, es lamentava que els hereus d'aquest no haguessin publicat els seus últims manuscrits, els quals li haurien donat celebritat i també al doctor Broquetas, metge de la localitat molt apreciat i realçat per Graells⁴. Rafel Broquetas s'havia graduat a Cervera l'any 1775 i era fill del també metge de Caldes, Josep Broquetas.

El perquè del llibre de Graells

L'autor escriu el seu projecte de reforma de l'exercici de la medicina –no de la cirurgia– a principis del segle XIX, època en què la cirurgia havia adquirit una gran prosperitat arran del



A la imatge de la dreta, bust de bronze del Dr. Castelló que li dedicà la reina Isabel II, que també li concedí els títols que consten en el peu de pedra. El bust està situat al municipi de Guissona.

◆ **L'exercici mèdic estava fet malbé a principis del segle XIX i ho constata el llibre del Dr. Graells**

◆ **L'estat real de l'exercici mèdic era de "poco dinero, poca salud", segons l'autor**



funcionament dels reials col·legis, creats durant la segona meitat del 1700. En canvi, l'exercici mèdic estava molt fet malbé. Això preocupava Graells i en volgué deixar constància escrita.

En aquell temps de la guerra del francès –encara que aquest és un fet ancestral en el nostre país–, els pobles acostumaven a tenir fortes rivalitats amb les localitats veïnes i no volien ser atesos pels metges que hi exercien. Els malalts, amb molta sort, havien d'esperar la visita de facultatius que residien en localitats massa llunyanes, amb els inconvenients i perjudicis que

això comportava per a la salut individual i col·lectiva.

Aquesta situació conduí Graells a copsar que la necessitat més urgent de la *societat mèdica provincial* ideada per ell era arreglar i distribuir els partits mèdics i els salaris dels metges d'acord amb les característiques de les poblacions i el seu nombre d'habitants. També s'havia de tenir en compte la distància que hi havia entre les poblacions. D'aquesta manera, s'aconseguiria que els metges visquessin dignament sense la necessitat d'acudir a altres negocis que els poguessin dis-

treure dels malalts i l'estudi.

L'estat real de l'exercici mèdic, tal com el veia Graells a començaments del segle XIX, era segons la seva pròpia expressió el següent: "Poco dinero, poca salud".

En aquest sentit, tots els pobles volien tenir un metge esclavitzat i que els servís, a més, sense cobrar. Això feia que els metges, veient que no podien sortir de la misèria amb el salari d'un, de dos o de tres pobles al seu càrrec, procuraven per tots els mitjans possibles augmentar l'extensió del partit mèdic, fins al punt de sobrecarregar-se de feina i no poder assistir bé a cap.

L'exercici de la medicina s'havia convertit en un mer tràfic de persones, que vivien en contínua agitació. Els facultatius semblaven més correus de gabinet que no metges, sempre asseguts a les mules, corrent d'un poble cap a un altre per fer visites als malalts de simple compliment i no complir amb cap.

Com a conseqüència d'aquesta frenètica activitat, en acabar la jornada no els quedava ganes d'agafar un llibre per rectificar les idees i consultar els dubtes, tan freqüents en l'exercici d'una activitat tan complexa com la medicina. Graells compara aquesta forma tan dura de treballar al nostre país, pràcticament sense beneficis, amb les grans recompenses i guanys que rebien els metges anglesos del seu temps, fins al punt que la majoria morien rics.

Les societats mèdiques provincials i la seva estructura

Segons Graells, el metge tenia un gran desprestigi social i la gent preferia acudir als intrusos perquè els costava més barata l'assistència. També la conducta reprovable de molts metges havia ajudat al seu menyspreu social.

Considerant l'home com un ésser social per naturalesa, creia que l'únic camí possible de progrés professional era la unió dels metges per formar societats, confraries, col·legis, gremis, etc. Veia especialment patètic el cas dels metges rurals, els quals un cop llicenciats i instal·lats al lloc de treball restaven completament aïllats dels col·legues i portaven una vida anacorètica. Per arreglar aquesta situació, Graells projecta la creació de *les societats mèdiques provincials*.

En la major part del regne, els metges tenien assegurat el salari a través de convenis que signaven amb els pobles on anaven a exercir. Però, si bé d'aquesta forma s'asseguraven la vida temporalment, la tranquil·litat aconseguia era, en general, més teòrica que real, ja que molts pobles els pagaven poc, tard, malament o mai; a més, eren molt poc considerats i se'ls coneixia com a servents o *criats de vila*, esclaus com el pregoner o el duler, etc. I el que

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

era més greu, mai se'ls tenia com a veïns i no podien accedir a càrrecs municipals, ja que les conductes o *escriptures* que els atorgaven els ajuntaments eren sempre per a temps més curt que el que assenyalava la llei per adquirir el dret de veïnatge.

Crítica amb duresa aquests contractes i els considera autèntics lloguers, amb els quals els metges no podien exercir una professió lliure, tal com els advocats per exemple, i sobreviuen els bons i passaven fam els altres.

La solució d'aquesta caòtica situació eren les places per oposició, única forma d'evitar que els metges caiguessin sota les urpes del caprici dels pobles i de ser acomiadats sense la sentència d'un tribunal.

Prenent com a model la Societat Mèdica de Burgos, creu que aquestes societats provincials s'han d'intercomunicar entre si, han de ser submises al Protomedicat Suprem i estar subordinades a la direcció de la Real Junta Superior Governativa de Medicina.

Hauran de disposar d'un reglament que les obligui a vigilar la conducta moral dels metges i els assegurí el dret a la subsistència material en el cas de malaltia o vellesa, així com també a les seves vídues i orfes, als quals els donaran una pensió alimentària de 200 ducats anuals.

A més, amb una visió més àmplia de caràcter social, estaran obligades a vetllar per la salut pública, a afavorir els progressos de la ciència mèdica, i a garantir l'estimació dels metges per part de la societat.

L'exercici mèdic individual a la província haurà de comportar la subjecció ineludible als estatuts de la societat, segons els quals cada soci haurà de tributar anualment amb la quantitat acordada per la Junta General, destinada a socórrer els metges impossibilitats i les seves vídues i orfes.

És molt important implicar els alcaldes i justícies dels pobles en l'organització de la pràctica mèdica. La seva funció serà la de fer complir els estatuts i controlar el treball dels facultatius en la seva demarcació territorial.

L'estructura jeràrquica que conformarà la societat mèdica, amb la capital de província com a centre i els partits mèdics com a extensió territorial, estarà formada per: 1) El protector nat, corresponent al primer metge de cambra del rei. 2) El president, càrrec obtingut per votació i de quatre anys de durada. Solament poden accedir-hi el primer metge de la capital (Graells no aclareix quins mèrits ha de tenir per ser considerat el primer), el metge del Capítol i els dos metges més antics de la ciutat. 3) El secretari, que pot ser un dels anteriors o qualsevol metge de la ciutat. 4) Els directors de partit mèdic, que són càrrecs de quatre anys de durada que s'elegeixen per votació de tots els socis. La seva funció serà la de

presidir les juntes i informar el president de la societat. 5) Els socis són tots els metges de la província. 6) Els socis agregats són els cirurgians i els farmacèutics de la província que per la seva intel·ligència la societat els considera idonis per formar-ne part. Tot i ser metge, Graells deixa un petit espai als cirurgians, malgrat que la societat concebuda per ell es dirigeix als metges. 7) Els socis corresponsals són els socis agregats en el cas de marxar de la província.

Les juntes seran els òrgans principals de la societat. Hi haurà una *junta general* i una de *representativa*.

La primera està formada pel primer metge de la capital, el metge del Capítol, els dos metges més antics de la ciutat i els directors de cada partit mèdic de la província. Tindrà un president i un secretari elegits per votació entre ells. Els directors de cada partit mèdic ho seran també de les juntes de sanitat dels caps de partit.

La junta representativa serà nomenada cada quatre anys per la junta general entre els metges més instruits de la província. Es compondrà de president, secretari, comptador i dos diputats. Aquests components ho seran també de la Junta de Sanitat de la capital de la província.

La junta representativa s'encarregarà d'informar els jutges en els litigis mèdics, de la funció de policia mèdica i de la higiene pública.

Se celebrarà junta general ordinària anual a la capital de província el mes de juliol, la qual durarà un màxim de 8 dies; i junta extraordinària quan sigui

banda, tots els metges hauran de comunicar als seus directors de partit mèdic els casos de curanderos o persones sense títol que exerceixen i dels quals en tinguin coneixement. El director ho denunciarà a la justícia amb la finalitat que aquesta faci complir la llei un cop comprovat el delictes d'intrusisme.

Disposem –precisament de Balaguer, d'on procedia Graells– d'una àmplia casuística d'aquest tipus de control en el decurs del segle XIX. Per esmentar només un cas, l'any 1868 el subdelegat de Medicina de Balaguer, atès que havia de donar compte mensual del nombre de metges i cirurgians que exercien en el seu partit i de la classe de títol que tenien, va escriure a l'alcalde de Tragó de Noguera i li va comunicar que ordenés al cirurgià del seu poble la presentació del títol a la Subdelegació, per poder-lo incloure en la llista corresponent i no patir cap perjudici per manca de compliment d'aquesta norma. El 29 d'abril, l'alcalde li contestava que no hi havia metge ni cirurgià amb títol, sinó solament un *rasurador*⁶.

Graells considera important castigar les intrigues i les parcialitats dels justícies dels pobles si es dona el cas que es mostren indulgents, tolerants o àdhuc protectors dels intrusos. Indica el procediment que cal seguir. Els directors de partit mèdic hauran de comunicar aquests casos a la junta representativa amb la finalitat que aquesta ho elevi a la superioritat perquè se segueixi el corresponent procediment penal a costa, si és necessari,

- ◆ **Un dels objectius de les societats mèdiques era controlar el freqüent intrusisme**
- ◆ **Graells considera important castigar els justícies dels pobles protectors dels intrusos**
- ◆ **Si els metges volien denunciar els curanderos, n'havien de costejar les despeses**

necessari.

Les funcions d'aquestes societats

Els objectes de la societat són molt diversos i els resumim en els següents: - El control de l'intrusisme. Sobre l'intrusisme, tan freqüent en el seu temps, Graells dona dos mètodes per eradicar-lo. Per una part, els metges hauran de presentar els seus títols al president de la societat amb la finalitat que aquest els reconegui i doni el vistiplau, sense el qual no podran ser admesos en cap poble ni continuar l'exercici els que ja l'estiguin practicant. Per altra

dels fons de la societat.

L'autor considera que els justícies haurien de perseguir d'ofici els curanderos, xarlatans i *medicastro*s que infestaven Espanya i es burlaven de les ordres i els decrets que el Govern dictava contra ells. Però és veu que gairebé mai procedien d'aquesta manera, sinó tot el contrari. Això feia que si els metges volien denunciar els casos havien de costejar les despeses per poder seguir la causa; i encara pitjor: si ho denunciaven, moltes vegades quedaven malparats perquè no se'ls donava la raó i entraven en un camí de perill personal.



Castell de la Guàrdia d'Urgell, antigament Guàrdia de Déu, que pertany al municipi de Tornabous i ja apareix esmentat l'any 1080.

- La vigilància de la salut pública. Tots els metges hauran de comunicar trimestralment als seus directors de partit mèdic l'estat de salut dels seus pobles d'una forma estadística: nombre de malalts i de morts, causes de mort, estat de l'atmosfera, etc. La notícia es traslladarà a la junta representativa i aquesta ho comunicarà a la junta provincial de sanitat.

Els metges dels pobles tenen l'obligació de comunicar als caps de partit els indicis d'epidèmia que observin, amb la finalitat que aquests anomenin una comissió de dos metges de renom i experiència reconeguda, amb l'encà-

rrec d'inspeccionar l'epidèmia acompanyats del metge del poble, i d'elaborar un informe sobre les causes i els procediments curatiu i preventiu. Acte seguit, serà convocada junta extraordinària per decidir el pla que cal seguir i comunicar-lo a la junta de sanitat del cap de partit. Aquest procediment no era nou, com vam comprovar en l'epidèmia de Castellldans del 1722⁶.

Si malgrat la lluita, l'epidèmia s'estén a altres pobles, la junta comissionarà quatre metges de fama que se sumaran als tres anteriors i estudiaran tots plegats la malaltia i les formes de combatre-la. Després, elaboraran un infor-

me que adreçaran a la junta provincial de sanitat perquè aquesta el transmeti setmanalment al governador.

Tots aquests metges forans, com a inspectors d'epidèmies, seran hostatjats pels justícies dels pobles amb les despeses a costa del comú.

En cas de dubte sobre el diagnòstic, el tractament i les complicacions de l'epidèmia, la junta representativa convocarà junta extraordinària i aquesta transmetrà les valoracions al Tribunal del Protomedicat; i si fos necessari, a les universitats, els col·legis, les acadèmies i les societats mèdiques del regne per demanar-los el seu consell.

- La promoció de la cultura mèdica i científica dels professionals. Es considera molt important l'estímul del treball i la formació intel·lectual dels metges, mitjançant l'oferiment de premis, la promoció de l'herborització i l'anàlisi de les aigües minerals. També és convenient el cultiu de la relació amb les acadèmies i societats mèdiques espanyoles i de l'estranger, així com la subscripció en periòdics de medicina i ciències auxiliars que es publiquin fora d'Espanya. Graells considera important comissionar dos o tres metges avantatjats amb la finalitat de fer un resum d'aquestes revistes i publicar-lo sota el títol de *Colección periódica de las noticias y descubrimientos concernientes al arte de curar*. Finalment, promou la formació d'una biblioteca d'obres selectes que per la seva raresa i dificultat d'adquisició puguin restar a l'abast dels metges interessats a llegir-les.

La provisió de places i la seva relació amb els ajuntaments

És coneguda la importància dels ajuntaments en l'exercici mèdic del nostre país i en els salaris dels metges i cirurgians. En tenim documentació des de l'edat mitjana i un seguit de treballs publicats sobre el tema.

Graells ens exposa les seves idees sobre l'organització dels partits mèdics, atenent el nombre d'habitants i les distàncies entre els pobles, així com la forma de provisió de les places. Recordarem els conflictes que podien sorgir arran d'una mala distribució territorial de l'assistència, com succeí l'any 1809 en el cas del cirurgià Joan de Borga, el qual atenia a la vegada les localitats d'Albatàrrec, Montoliu i Sudanel·l⁷.

Les places s'han de dotar per oposició i els ajuntaments estaran obligats a comunicar les vacants a la junta representativa i, d'aquí, a la *Gazeta de Madrid*, amb la finalitat que es publiquin juntament amb la proposta del tema d'examen, el qual haurà de ser sobre qualsevol qüestió de medicina pràctica. S'oferirà plaça a un dels tres opositors que hagin aconseguit la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

millor puntuació. A partir de la data de publicació de la convocatòria, els aspirants disposaran del termini de dos mesos per presentar la dissertació sobre el tema d'examen, que hauran de lliurar en escrit anònim i amb una contrasenya.

Els exàmens seran valorats per la junta representativa, la qual elegirà els tres millors treballs i ho comunicarà a l'ajuntament amb la finalitat que aquest, un cop informat dels atributs i les qualitats morals dels tres guanyadors, elegeixi el que li sembli millor.

En el nostre entorn era tradicional que els ajuntaments triessin directament els seus metges, sense necessitat d'exàmens previs (al contrari de les matrones, que sempre eren examinades pels metges de la ciutat on aspira-

formalitat que els adoptats per les Ordenances del Col·legi de Cirurgia de Barcelona respecte als cirurgians titulars.

Aquesta ressenya del Reial Col·legi de Cirurgia ens demostra la puixança que havia adquirit aquesta institució a començaments del segle XIX, prosperitat que Graells la posa com a exemple per als metges. Aquests, sens dubte, anaven endarrerits en el camí de progrés que havien iniciat feia 50 anys els cirurgians, amb la creació dels col·legis de cirurgia.

L'autor també era partidari de respectar el costum dels pobles o partits mèdics que no es volguessin adherir a aquest procediment. En aquest cas, no se'ls obligarà a complir totes aquestes providències i se'ls declararà *partits lliures i oberts*, on es podrà establir, amb el permís de la societat,

nostre costumari mèdic. Graells també reflexiona sobre el tema, sota el títol de *juntas de apelación*.

Parlant del deure de les societats mèdiques provincials vers els metges malalts i impossibilitats, ens diu que aquests han de tenir el dret a l'ajuda per part d'un col·lega durant el temps que sigui necessari. A més, en aquesta situació, tots els metges del partit mèdic que fossin requerits a consulta han d'assistir-hi gratuïtament.

Sempre que el metge de capçalera pronostiqui que una malaltia és perillosa, ho comunicarà amb temps suficient als interessats i els estimularà perquè demanin lliurement l'opinió d'altres metges. Ho farà encara que no tingui cap dubte del diagnòstic, ja que aquesta conducta prudent i modesta anirà sempre al seu favor i evitarà tota calúnnia i murmuració dels amics i parents indiscrets del malalt.

Amb molta més raó, si dubta del diagnòstic i del tractament que cal prescriure, haurà de demanar consulta sense avergonyir-se en absolut.

Si es dona el cas que el malalt, a causa de la manca de mitjans econòmics, no pogués costejar-se un metge consultor *—metge d'apel·lació—*, el de capçalera tindrà l'obligació de consultar de paraula, o bé per escrit, un altre metge instruït que el pugui orientar.

En les malalties incurables i en les afeccions llargues, encara que siguin guaribles, sempre que el metge noti que el malalt ho desitja i s'hagi de consolar i tranquil·litzar, haurà de demanar consulta.

Medita també l'autor sobre el procediment que cal seguir en les consultes. Tots els metges reunits visitaran el malalt, si pot ser a l'hora en què sol estar més malament. Un cop inspeccionat, es tancaran en una habitació i el metge de capçalera n'explicarà la història clínica i l'esquema terapèutic. No haurà de silenciar ni dissimular o disfressar els bons o mals efectes que hagi observat amb l'aplicació del seu tractament. També donarà la seva opinió sobre el mètode que cal seguir.

Seguidament, tornaran a visitar tots junts el malalt i li preguntaran el que creguin convenient, així com als seus assistents. Després, comparant tota aquesta informació amb l'exposat pel metge de capçalera, es tornaran a reunir a l'habitació i cadascú expressarà lliurement la seva opinió i les seves reflexions. El metge de capçalera seguirà l'opinió majoritària.

Si la consulta, com succeeix la majoria de vegades, es compon solament de dos metges i no hi ha acord entre ells, ho comunicaran als familiars del pacient i els informaran de la necessitat d'una tercera opinió pel bé del malalt. En cas de no acceptar-se la proposta, el metge de capçalera seguirà el seu criteri amb molta prudència, sense oblidar l'opinió del col·lega consultat i assessorant-se, si pot ser, de paraula o per escrit, de l'o-

pinio d'un altre metge instruït.

Mai, però, els dos metges que han actuat en la consulta comunicaran als familiars o al malalt les seves opinions discrepants, amb la finalitat de fer-los elegir el parer que els sembli més adequat. Si amb aquest procediment poguessin assegurar la vida del malalt, encara que fos a costa de la seva reputació, no hi ha dubte que ho haurien de fer. Però, quant al malalt, això no faria més que augmentar-li la incertesa i li trauria la calma i la tranquil·litat d'esperit, tan necessàries per a la guarió de qualsevol malaltia. Gairebé seria el mateix que obligar-lo a jugar-se la vida a parells o a senars. I per als familiars seria fàcil que prenguessin el negre pel blanc, ja que els mateixos metges estan algunes vegades orbes i no saben distingir els colors.

Per altra part, no podria morir el malalt, encara que s'elegís el pla de curació més encertat? Aleshores, quins remordiments per als interessats! Quin descrèdit tan gran per a un metge savi, i quanta vanagloria per al seu antagonista ignorant!

Actualment sembla que està solucionat el problema de les consultes mèdiques, almenys en l'àmbit hospitalari, on la transmissió d'opinions entre metges dels diferents serveis és un hàbit normal i rutinari, com ho demostren els fulls de *sol·licitud de consulta* de les històries clíniques de la Seguretat Social.

Malgrat aquest fet, no deixa d'haver-hi errors en la interpretació de les interconsultes. Ens ho diu el Dr. Ramon Trias i Rubiés en parlar-nos de la política de la correcció d'errors mèdics. Les relacions entre serveis i departaments es basen més en els vincles personals

◆ Graells diu que el metge no deixarà de disputar la vida en les últimes sotragades de la mort

que en els sistemes establerts. Les sol·licituds d'interconsulta solen ser precàries en dades i les respostes acostumen a ser consells poc compromesos i encaminats a evitar la responsabilitat, de manera que queda tallada posteriorment la retroinformació. En aquests casos, com més bona sigui la relació personal entre els diferents professionals, més fluïda serà la intercomunicació i es reduirà considerablement el risc d'error⁹.

Uns quants preceptes sobre la conducta moral dels metges

El mateix Graells ens diu que aquests preceptes es troben espargits en les obres dels més cèlebres metges antics i moderns, a partir d'Hipòcrates.

No s'ha d'envair el camp dels col·legues i per això no s'ha de visitar un malalt d'un metge sense el permís d'aquest. Tampoc no s'ha de criticar el mètode curatiu del col·lega en presència o no del malalt, encara que sembli

el més desarreglat; perquè si s'anés a buscar la veritat, potser resultaria més arreglat que el seu. L'orgull i la vanitat dels homes fa que semblin correctes els pensaments propis i incorrectes els aliens. L'autèntic savi desconfia de si mateix.

Parlant de l'eutanàsia, terme no emprat en el seu temps, l'autor ens diu que el metge mai abandonarà el pacient, encara que estigui agonitzant; ni deixarà, per això, de disputar la vida en les últimes sotragades de la mort.

El metge ha de procurar suavitzar els dolors del malalt i donar-li el consol de semblar que fa quelcom quan ja no es pot fer res.

Es necessari que al mateix temps que tracti d'evitar l'aspror de caràcter, el metge tingui molta cura de no incórrer en l'extrem oposat, que és la vil condescendència amb tots els capricis dels malalts. El bon metge ha de fugir de la xarlataneria; ha de dir el seu parer i abandonar el malalt si veu que per indocilitat i manca de confiança no segueix cap dels seus consells. Ha de saber que totes les contemplacions que poden danyar el malalt, tard o d'hora han de perjudicar el seu honor i agreujar la seva consciència.

Finalment, una de les funcions importants dels directors de partit mèdic serà el control de la conducta moral dels metges del seu departament. Hauran d'advertir i aconsellar personalment els col·legues incorrectes amb els companys, o amb ells mateixos, com a superiors; i comunicar-ho a la junta representativa en el cas de perseverar en la mala conducta. Si així no s'obté resultat, es comunicarà el cas al Tribunal del Protomedicat o al governador de la província.

NOTES

- (1) Ignacio Graells: *Proyecto dirigido a promover los adelantos de la medicina, y mejorar la suerte de sus profesores, igualmente que la de los enfermos*. Segona edició reformada. Madrid, 1815.
- (2) Arxiu Parroquial de Balaguer, Bap. 1760-1779, folis 382 i 343.
- (3) *Diccionario biográfico de metges catalans*.
- (4) Martín Castells: *Memoria médico-química-hidrológica sobre las aguas bicarbonatadas, salino-nitrogenadas muy termalizadas de Caldas de Montbuy provincia de Barcelona*. 1883.
- (5) Per una carta del governador, amb data 15 d'abril d'aquell any 1868, sabem que a proposta de la Junta Provincial de Sanitat, aquell havia acordat nomenar un nou subdelegat de Medicina i Cirurgia al partit de Balaguer, en virtut de la renúncia de qui ocupava aquest càrrec, el se-
- (6) Camps Surroca, M.; Camps Clemente, M.: "Seguiment i naturalesa de les malalties de 1722 a Lleida". *Butlletí Mèdic*, Col·legi Oficial de Metges de Lleida, núm. 33, març del 2002, 17-22.
- (7) Camps Surroca, M.; Camps Clemente, M.: "Competència deslleial d'un cirurgià de Sudanell del segle XIX". *Butlletí Mèdic*, Col·legi Oficial de Metges de Lleida, núm. 36, setembre del 2002, 18-23.
- (8) Arxiu Municipal de Fraga. Actes del Consell. Sessions de l'11 i 23 de juliol de 1722.
- (9) Dr. Ramon Trias i Rubiés: *Reflexions sobre la gestió de la responsabilitat professional i l'error mèdic. Proposta per la millora de la seguretat dels pacients*. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 2002. 33-34.

nyor Serafín Solé.

APÈNDIX DOCUMENTAL

Arxiu Històric de Tarragona. Família Moragues. Sig. 3472. Segle XIX. Informes mèdics.

Don Antonio de Almodovar Médico consultor de los Ejercitos Nacionales etº. Don Pedro Castelló catedrático de Cirujia del Colegio de San Carlos etº. y Don Bartolomé Bover Director del Colegio de Cirujia de esta capital etº.

Certificamos: Que Don Fidel Moragas hijo de Don José del Comercio y residente en la villa de Maon, de resultas de haver experimentado tanto en esta, como en la Esquadra Inglesa varios insultos epilépticos, que como es comun resistieron a todos los planes curativos, se presentó en esta capital a fin de encontrar medios de su restablecimiento. Consultamos con proximidad sobre su epilepsia, y a

pesar de haberle establecido no de los métodos más heroicos, le repitió dicho accidente en veinte de Marzo en una casa particular, y en cinco de Maio en la Comedia, de que fue testigo el primero de los profesores expresados. Pero conociendo que el paciente se hallava propenso a la repeticion de su dolencia en esta Isla, se le aconsejó saliese de ella para ponerse a la prueba de otras tres medidas curativas que le prescrivimos. Y para que conste, y a instancia del interesado, damos la presente. En Palma a diez de setiembre de mil ochocientos trece. Antonio de Almodovar, Pedro Castelló, Bartolomé Bover.

Aquesta certificació va acompanyada d'una altra que està signada pels notaris i escrivans públics, amb data 16 de setembre, per donar fe que els metges es corresponen amb els que signen el certificat i que tenen tot el crèdit i la confiança.

Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida, celebrada el dia 5 de febrer, va tractar sobre els següents temes:

- Informació sobre el conveni marc de col·laboració per a la implantació de la certificació digital i la signatura electrònica, que han signat Firmaprofessional i la Generalitat amb el suport del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
- Nomenament del Dr. Xavier Rodamilans com a representant del Col·legi de Metges de Catalunya al Consell Català de la Salut.

Premi a la gestació d'un grup investigador a AP

L'àmbit de gestió d'atenció primària de Lleida de l'ICS i la Fundació Jordi Gol i Gurina, amb el suport del grup Pfizer i del COML, convoquen el primer Premi a la Gestació d'un Grup

d'Investigació en Atenció Primària de Salut (GIAPS). L'objectiu d'aquesta convocatòria és afavorir la creació de grups locals d'investigadors, que desenvolupin treballs de recerca entorn d'un tema definit d'interès per a l'atenció primària de salut.

Els destinataris d'aquest premi són professionals d'atenció primària de l'àmbit de Lleida. Els grups podran ser multidisciplinaris, però serà condició indispensable que un mínim del 75% dels seus components pertanyin, en la data de la convocatòria, a la plantilla d'AP de l'àmbit de Lleida.

Les persones interessades en aquest premi poden adreçar-se a la Coordinació Científica de l'Àmbit de Gestió d'AP de Lleida (Dr. Jesús Pujol. Tel. 973 701 625. C/e icslle01@daplleida.slle.scs.es

Curs d'introducció a les malalties importades

La Facultat de Medicina de la UdL organitza un Curs d'introducció a les malalties Importades que s'adreça a professionals de la medicina i la infermeria. El curs, que coordina la Dra. Mercè Almirall, tindrà lloc els dies 28 i 29 d'abril i 5 i 9 de maig, de les 16 a les 19 hores, a l'Aula Magna de la Facultat.

Els temes del curs són: Síndrome febril a la tornada del tròpic, paludisme, dengue, a càrrec del Dr. Joaquim Gascón, de la secció de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic de Barcelona; Problemes gastrointestinals, esquistosomiasi, a càrrec del Dr. Manuel Corachán, de la secció de Medicina Tropical de l'Hospital Clínic de Barcelona; Pediatria, protocol d'atenció a nens immigrants, a càrrec de la Dra. Victòria Fumadó, de la unitat de Medicina Tropical de l'Hospital Sant

Joan de Déu, i Dermatologia en immigrants i viatgers, a càrrec del Sr. Benicio Sanz, de la unitat de Malalties de Transmissió Sexual del CAP les Drassanes.

El preu del curs és de 24 euros per als metges i 12 euros per a diplomats d'infermeria i per a metges residents.

Les persones interessades en aquest curs poden inscriure's a la secretaria de la Facultat de Medicina (tel. 973 702 423) de l'1 al 23 d'abril.

Atorgat el Tercer Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari

L'ONG MILPA Lleida va rebre el 21 de març el Tercer Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, que convoca anualment el Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

El premi està dotat amb el 0,7% del pressupost anual del COML i té l'objectiu de "reconèixer públicament la tasca altruista de les ONG i

Jornada sobre actualització de risc cardiovascular

Uns setanta professionals de les comarques lleidatanes van participar en la III Jornada sobre Factors de Risc Cardiovascular, que va tenir lloc el 8 de març a la Facultat de Medicina de la UdL. Els participants eren metges de família i d'altres especialitats, diplomats en infermeria i estudiants.

En la primera taula rodona, el Dr. Lluïdes, de l'àrea bàsica de Balaguer, va parlar de les guies sobre dislipèmies i la Dra. Ciria, de l'àrea bàsica de Ponts, va intervenir per tractar el protocol sobre HTA. Posteriorment, es varen desenvolupar els següents tallers:

- Nutrició i HTA, a càrrec de la dietista Puy Rubio, de l'Hospital de Santa Maria.
- Tabaquisme, a càrrec de la Dra. Pallerola, metgessa de l'àrea bàsica de Balaguer, i dels Drs. Abell, psicòleg de l'Hospital de Santa Maria, i Ribó, de l'àrea bàsica de Tàrraga.
- Casos clínics, amb la participació de les Dres.

Solans i Miquel, residents de tercer any de medicina familiar, i els Drs. Bargés, de l'àrea bàsica de Balaguer, i Torres i Losfablos, tots dos del servei de medicina de l'Hospital de Santa Maria.

Finalment, el Dr. Armario va llegir la lliçó magistral sobre *Actualització de la pressió del pols, implicacions epidemiològiques, clíniques i pronòstiques*.

Pòster guanyador

Pel que fa a la sessió de pòsters, que va moderar el Dr. Pena, el treball que va obtenir el primer premi fou *Què pensen els malalts sobre la hipertensió?*, del Dr. Rodoreda. Aquest treball es desenvoluparà en els propers mesos.

La jornada va complir les expectatives dels participants, ja que va ser un fòrum obert als diferents àmbits assistencials i una notable aportació per millorar el diagnòstic, el control i el tractament dels malalts cardiovasculars a les comarques de Lleida.

Moviment col·legial

ALTES

Vicente Valentí i Moreno, nou Orlando Esteban Name Bayona, nou Elena Simó Martínez de Gereño, nova Beatriz Isabel Benediti Herrero, nova Antonio Mesalles Subirà, nou Irene Muñoz del Campo, nova Sergio Ordóñez Palau, nou Margarita Puigdevall Ruestes, nova

BAIXES (per defunció)

Josep Torné Vallverdú José María Véganzones de la Fuente

CANVIS DE SITUACIÓ

Alfonso García Garzón passa a col·legiat honorífic

Concursos Artístics per a Metges

Tercera edició

Poesia | Narrativa breu | Dibuix i pintura | Fotografia

La convocatòria està oberta a tots els metges col·legiats de Catalunya i els seus cònjuges.

El veredictes el farà públic el Jurat Qualificador de cada especialitat, el dia 20 de maig de 2003, a la Sala d'Actes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

El Jurat Qualificador l'integraran persones de prestigi en les arts convocades i s'atorgaran dos premis per a cada especialitat:

Tritó de Plata a les obres guanyadores

Tritó de Bronze a les obres finalistes

Els premis que s'atorguen, **Tritó de Plata** i **Tritó de Bronze**, són obra d'Eusebi Arnaiz -escultor- i Lluís Masriera -joier-, grans artistes representatius del Modernisme català.

Llocs de lliurament d'obres i informació
Cada col·legiat podrà lliurar les obres presentades a concurs als Col·legis respectius:

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Dep. d'Activitats i Congressos
Tel. 93 567 88 88 / 93 567 88 60

Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Sr. Gonzalo Marión
Tel. 973 27 09 76

Col·legi Oficial de Metges de Girona
Dr. Xavier Carreras
Tel. 972 20 88 00

Col·legi Oficial de Metges de Tarragona
Dr. Antonio López Valverde
Tel. 977 23 20 12

<http://webs.comb.es/concursos2003>

Organitza:
Secció Col·legial de Metges Jubilats del COMB

Promou:


CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA



Un compromís dels metges i per als metges

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Medicorasse i Mutual Mèdica tenim un compromís comú: millorar els serveis asseguradors dels nostres metges.

Mutual Mèdica, la mutualitat de previsió social dirigida per metges col·legiats, és la garantia d'aquest compromís. La **Mutual** és l'única entitat alternativa al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA) a tot l'Estat espanyol.

Oferim les millors cobertures asseguradores per al benefici dels metges i les seves famílies, amb la solvència que ens donen més de 80 anys d'història.

...I tot això, gràcies a la confiança que els més de 1.000 mutualistes de Lleida han dipositat en la nostra entitat i que ens permet mirar cap al futur amb il·lusió i amb garanties d'oferir un bon servei al col·lectiu dels metges.



MUTUAL MÈDICA
de Catalunya i Balears

Tel. 93 319 78 00 www.mmcba.es