

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 48 · Setembre de 2004

Tardor de jornades sanitàries a Lleida





L'orientació perfecta cap a la seva jubilació



TRANQUIL·LITAT...

Si els subscriu veurà el futur sense problemes. Perquè sabrà que haurà escollit **el millor camí cap a la seva jubilació** tal com desitja.



ORIENTACIÓ...

Aturi's i assaboreixi com en pot ser, de refrescant, poder desgravar les seves despeses fiscals **reduint la seva base imposable de l'IRPF fins a un 45 %**.



FLEXIBILITAT...

Tria la fórmula que millor s'adapti a **vosté i a la seva inversió**. Decideixi les quantitats i el moment d'invertir, segons el límit màxim d'aportacions. La seva **adaptabilitat** adequa la inversió en funció dels mercats.



RENDIBILITAT...

Avalats per **15 anys de rendibilitats elevades i un patrimoni de 28 milions d'euros**, i per la supervisió permanent d'una **Comissió de control integrada per metges**.

Secció Administrativa, S.A.U. NIF: A08480758

Telèfon d'informació:
902 113 667



BUTLLETÍ mèdic

Número 48, setembre del 2004

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 Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M. Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascol Pujol
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mís
Plácido Santafé Soler
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester Comunicació, SL

Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció:

Jordi Llovera

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

La mort és una realitat

En els darrers anys, certs mitjans de comunicació transmeten el fals missatge que la medicina té solució per a tots el problemes de salut gràcies als avenços tecnològics. Però, els professionals sabem que els avenços no curen per si sols i que, de vegades, només allarguen la vida del pacient crític de forma artificial per aplicar-li tècniques curatives, si és possible, en aquest impàs.

Així, termes com “aferissament terapèutic”, “limitació de l'esforç terapèutic” són relativament nous i s'adapten a les noves situacions.



Moltes vegades el malalt no pot decidir i la família està sotmesa a un estrès que la incapacita per decidir lliurement.

En aquest context, la societat pot veure els metges i les metgesses com les divinitats del segle XXI que tot ho curen. Però, nosaltres hem de tocar de peus a terra i fer comprendre als membres d'aquesta societat que la mort és una realitat i, de vegades, l'única realitat.

Sovint, abans de prendre certes decisions, els professionals haurem de mirar dins nostre i utilitzar una eina antiga, que sempre hauria d'acompanyar-nos: l'ètica.

sumari

Moltes gràcies, doctor Oró

Article del Dr. Xavier Rodamilans de la O.

PÀGINA 4

Anestèsia regional

Servei d'Anestèsia de l'Hospital Santa Maria de Lleida.

PÀGINA 19



Moltes gràcies, doctor Oró

Molts professionals hem sentit parlar el doctor Joan Oró des que érem uns adolescents als anys seixanta. Ell ens parlava de la importància del primer pas interplanetari del Neil Armstrong, comandant de l'Apol·lo 11, el 20 de juliol de 1969. El doctor Oró explicava que: "Tal volta el més important és que l'home, al sortir fora de la terra, ha pogut veure el nostre planeta des d'una certa distància i s'adona del petit que és, de la fragilitat de la biosfera i de la finitud dels recursos terrestres."

Opino que aquesta visió va influir el doctor Oró dotant-lo d'un esperit de comprensió que el va fer buscar i ensenyar la necessitat d'una actitud de cooperació per resoldre tots els problemes.

El doctor Oró era, a més, defensor dels drets d'una llengua pròpia com l'expressió més íntima de la personalitat i de la identitat d'un poble. Deia que "la llengua és l'expressió més clara de la llibertat, de la cultura, de la saviesa i els coneixements dels pobles i del seu esperit creador".

Investigador en el camp de la bioquímica i dels orígens de la vida, podia entendre que les possibilitats que pugui haver-hi vida intel·ligent en algun racó de l'univers es redueixen a una, la nostra. Joan Oró era contundent: "La humanitat està condemnada a

l'extinció irreversible, no té cap possibilitat de supervivència."

Pel que fa a la seva vessant pedagògica, moltes vegades vaig escoltar-li dir paraules tan boniques com: "Hem de ser solidaris, ja que tenim un origen comú, venim de pols d'estels i en pols d'estels ens convertirem. Hem de ser humils, ja que la vida ve de molècules molt senzilles. Hem de ser cooperatius, ja que des de la Lluna es veu la Terra com un granet perdut en la immensitat de l'espai, on no es distingeixen les fronteres entre els pobles i no es veu, tampoc, el color de la pell."

Joan Oró ha mort als 81 anys, però des de sempre ha estat un mite.

Adéu a l'home senzill i tímid capaç de comptar històries meravelloses i engrescadores de l'aventura humana de la ciència, d'oferir un curs accelerat d'evolució bioquímica condensant 15.000 milions d'anys d'evolució en una senzilla i entretinguda xerrada i, alhora, utilitzar-la perquè adoptéssim una actitud de cooperació per resoldre els problemes derivats del control de creixement, de la distribució equitativa dels recursos terrestres o de la pau.

Moltes gràcies doctor Joan Oró

Dr. Xavier Rodamilans de la O

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML ha dut a terme el debat de diverses temàtiques en les reunions plenàries celebrades aquests darrers mesos. Podem destacar les següents conclusions:

Aprovació de l'adhesió al conveni de col·laboració amb la Fundació ESADE en el seu projecte de recerca sobre salut i qualitat de vida laboral entre els professionals.

Nomenament del Dr. Ramón Mur com a vocal de la Comissió de Seguitment del Run Off, de l'assegurança de responsabilitat civil professional.

Renovació de la borsa de Treball per cobrir interinitats en places de metges d'ADP.

Aprovació provisional de la constitució de la secció col·legial de metges oftalmòlegs, i del seu reglament de funcionament, amb posterior ratificació, si s'escau, per l'Assemblea de col·legiats.

Eleccions a la junta de govern de la secció col·legial de metges jubilats. El resultat va ser l'elecció com a president del Dr. Emiliano Astudillo Doménech, secretari el Dr. José Ventosa Echevarria, tresorer el Dr. José Sierra de Benito, i vocals els Dr. Antonio Menén Navarro i el Dr. Roc Llobera Serentil.

Moviment col·legial

ALTES

Francisco Javier Samper Villar
Ramon Mitjana Isarn
Laura García Franch
David Francisco Pineda Botero
Sergi Godia López
Jaume Ortet Ballesteros
M.Mercedes Capdevila Andreu
Marisa Riart Solans
Marta Pamies Gracia
Daniel Gros Esteban
Hortensia P. Las Heras Alonso
Marilene Jucelia Swartz
Junior Luiz Pasini
Juan Batlle Cortina
Graciela L. Rodriguez Galbas

Sara de Frutos Tena
Alessandro de Alencar Adamy
Ester Idini
José Felipe Sarro Sobrin

BAIXES

Mes de juliol: 3. Mes d'agost: 5
Entre les baixes del mes de juliol figuren les defuncions dels Drs. Josep Maria Rubies Figueres i Enri- que Manso Mola.
Entre les baixes del mes d'agost figura la defunció del Dr. Antoni Rou- rera Farré

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic el doctor Juan José Galindez Allende



Ramon Pujol, gerent de la Regió Alt Pirineu i Aran

La Conselleria de Salut ha nomenat aquest estiu el Dr. Ramon Pujol gerent de la nova Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. El Dr. Pujol, que va néixer a Barcelona, forma part de la primera promoció de metges de família sorgits de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

La trajectòria professional de Ramon Pujol s'ha desenvolupat en l'àmbit de l'atenció primària com a metge de família. Els seus destins fins ara han sigut Torregrossa, les Borges Blanques, la Poble de Segur i Tremp. Pujol és també regidor de l'Ajuntament de Tremp.

Programa provisional de formació contínua

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, conjuntament amb la Facultat de Medicina de la UdL, presenta el programa provisional de formació contínua 2004-2005. Està previst que les sessions es realitzin cada dimecres de 15,30 a 16,30 h.

6 d'octubre de 2004

Conferència: "Tuberculosi 2004. Presentacions clíniques diverses". Dra. Teresa Puig, Servei de Medicina Interna Hospital Universitari Arnau de Vilanova, professora associada de medicina UdL

13 d'octubre de 2004

Cas clínic. Dra. Elvira Fernández, Servei Nefrologia. Dr. Víctor Palomar, Servei ORL

20 d'octubre de 2004

Conferència: "L'aprenentatge del resident a través del treball tutoritzat". Dr. Amando Martín-Zurro, coordinador general del programa de formació de residents de medicina familiar i comunitària de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut

27 d'octubre de 2004

Cas Clínic. Dra. Anna Balil, Unitat Oncologia. Dr. Fernando Iturbe, Servei de Medicina Intensiva

3 de novembre de 2004

Conferència: "Actualització en el tractament del dolor agut". Dr. Antoni Montero, cap del Servei d'Anestèsia de l'Hospital de Bellvitge, professor titular d'anestèsia. UdL

10 de novembre de 2004

Cas clínic. Dr. Brauli Teixidó, Secció Neumologia. Dr. Xavier Cabré, Servei d'Urgències

17 de novembre de 2004

Conferència: "Shock: mecanismes i tractament". Dr. Javier Trujillano, Servei de Cures Intensives. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, professor associat de estadística. UdL

24 de novembre de 2004

Sessió clinicopatològica. Coordinador: Dr. Xavier Matias-Guiu, Servei d'Anatomia Patològica Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Discussió del cas. Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Dr. Ferran Algaba, Servei d'Anatomia Patològica. Fundació Puigvert. Barcelona

1 de desembre de 2004

Conferència: "Apoptosi. Rellevància clínica". Dr. Joan Comella, coordinador del Laboratori de Recerca de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

15 desembre de 2004

Cas clínic. Dr. Luis Pérez, Servei Cirurgia. Dr. Pere Baró, Servei de Radiologia

19 de gener de 2005

Conferència: "Insuficiència cardíaca 2005". Dr. Agustí Ardiaca, Servei de Cardiologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

26 de gener de 2005

Cas clínic. Dr. José Luis de Frutos, Secció

Cirurgia Vascular. Dr. Josep Pifarré, Servei de Psiquiatria

2 de febrer de 2005

Conferència: "Tractaments biològics". Dra. Dolors Boquet, Secció de Reumatologia, professora associada de medicina. UdL

9 de febrer de 2005

Cas Clínic. Dr. Tomás Martínez, Servei d'Anestèsia i Reanimació. Dra. Julia Asenjo, Servei d'Oftalmologia

16 de febrer de 2005

Taula rodona: "Pneumonia i complicacions". Moderador: Dr. Manel Vilà, Secció de pneumologia. HUAV. Participants: Dr. Dorca, Servei de pneumologia. Hospital de Bellvitge. Dr. M. Falguera, Servei de Medicina Interna. HUAV. Dr. X. Garau, Servei de Medicina Interna Hospital Mútua de Terrassa. Dr. J.M. Porcel, Servei de Medicina Interna. HUAV

23 de febrer de 2005

Cas Clínic. Dr. José Barco, Servei de Ginecologia. Dr. Josep Macià, Servei d'He- matologia

2 de març de 2005

Conferència: "Infecció intrahospitalària". Dr. Fernando Barcenilla, responsable de la Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial

9 de març de 2005

Cas clínic. Dr. Ramon Ventin, Servei de Maxil·lofacial. Dr. Manuel Rubio, Servei de Medicina Interna

16 de març de 2005

Conferència: "Oncogens i càncer". Dr. Xavier Matias-Guiu, Servei d'Anatomia Patològica Hospital Universitari Arnau de Vilanova, catedràtic d'Anatomia Patològica. UdL

6 d'abril de 2005

Conferència: "Prevenició del tromboembolisme". Dra. Carme Araguás, Servei d'He- matologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

13 d'abril de 2005

Cas clínic. Dra. Begoña Pérez, Servei d'Anàlisi. Dr. Josep Maria Reñé, Secció de Digestiu

20 d'abril de 2005

Conferència: "Disfunció erèctil". Dr. Jesús Guajardo, Servei d'Urologia HUAV

27 d'abril de 2005

Cas clínic. Dra. Dolors Salcedo, Secció d'Endocrinologia. Dr. José Juan Fernández, Servei de Traumatologia.

4 de maig de 2005

Conferència: "Obesitat infantil i adolescent. Obesitat mòrbida: causes i maneig". Dr. Santiago Sales, Servei de Cirurgia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, professor associat de Cirurgia. UdL. Dr. Masdevall, Servei de Cirurgia Hospital de Bellvitge

18 de maig de 2005

Conferència: "Sceening del càncer de colon familiar". Dr. Josep Maria Reñé, Secció de Digestiu Hospital Universitari Arnau de Vilanova. professor titular de Medicina UdL

25 de maig de 2005

Sessió clinicopatològica. Coordinador: Dr. Xavier Matias-Guiu, Servei d'Anatomia Patològica Hospital Universitari Arnau de Vilanova

1 de juny de 2005

Conferència: "Podem prendre decisions els malalts amb problemes de salut mental?" Dra. Lidia González i Dr. Josep Pifarré, Servei de Psiquiatria. Hospital Provincial

8 de juny de 2005

Cas clínic. Dr. Anton Robert Gomà, Servei de Pediatria. Dr. Josep Manel Casanova, Servei de Dermatologia

15 de juny 2005

Conferència: "Vasculitis sistèmiques". Dr. José Manuel Porcel, Servei de medicina Interna HUAV, professor titular de Medicina. UdL

I Jornada d'infeccions en l'àmbit sociosanitari

El 25 de novembre es realitzarà a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida la primera jornada sobre la infecció nosocomial. Aquesta jornada permetrà reflexions conjuntes en el maneig de la infecció tot analitzant els problemes actuals en els centres de treball des d'un plantejament global. L'estudi de la infecció nosocomial en el pacient fràgil d'alta dependència ens permet analitzar que el seu comportament és similar en els diferents nivells assistencials: atenció primària, centres sociosanitaris i residències. La data límit d'inscripció a les jornades és el 10 de novembre i el preu és de 60 euros.

La jornada, que es durà a terme al campus de Ciències de la Salut dins el recinte de l'Hospital de Santa Maria, començarà amb la presentació a càrrec de Marta Berberide, cap de Unitat d'Atenció al Client, Catsalut RS Lleida, i del Dr. Marcos Serrano, com a president del comitè organitzador de la jornada. Seguidament, s'analitzaran els continguts del registre de l'inici i desenvolupament del grup de treball RISS-Lleida, a càrrec de la Dra. Marta Gabernet, coordinadora d'Atenció Sociosanitària-CatSalut RS Lleida, i del Dr. Blas Sánchez, coordinador de Qualitat AranSalut.

La taula sobre "Infeccions en l'àmbit sociosanitari: dades i situació actual" comptarà com a moderadors amb el Dr. Antoni Salvà, director del Pla Director Sociosanitari, CatSalut i el Dr. Jaume Canal, director mèdic de l'hospital Jaume d'Urgell de Balaguer. La resta de ponents són el Dr. Pau Sánchez, director assis- tencial del Centre Socio-sanitari de l'Hospitalet, Consorci Sanitari Integral; Dr. Josep Pascual, director de l'Àrea d'Investigació i Desenvo-



lupament-Fundació SAR; Dr. Carles Llor, del Centre de Salut Tarraco-Grup de M. Infeccioses de la SCMFIC; i el Dr. Marcos Serrano, director del Servei de Geriatria i Atenció Socio sanitària-GSS, Lleida.

El segon debat de la jornada serà sobre les "Propostes d'intervenció i control de les infeccions". Els moderadors seran la Dra. Teresa Pi-Sunyer, coordinadora del Programa d'Infeccions, IMAS, Barcelona i la Dra. Neus Albanell, directora dels serveis Socioanitaris de la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell. Debatiran sobre aquesta temàtica Rosamary López, supervisora d'higiene hospitalària de la Unitat Funcional Infecció Nosocomial (UFIN) HUAV de Lleida; la Dra. Mercè Miró, cap clínic del Centre Geriàtric IAGSS, IMAS, Barcelona; i el Dr. Antoni Yuste, director mèdic del Hospital Comarcal Antoni Abad de Vilanova i la Geltrú.

Finalment, la conferència de cloenda versarà sobre la "Importància del maneig de la infecció nosocomial en els centres d'Internament: hospitals, centres socioanitaris i residències assistides", a càrrec del Dr. Fernando Barcenilla, coordinador de la Unitat Funcional d'Infecció Nosocomial (UFIN) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

L'acte de cloenda de la I Jornada d'infeccions en l'àmbit socio sanitari estarà presidit per la consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya, Marina Geli; el Dr. Joan Viñas, rector de la Universitat de Lleida; el Dr. Sebastià Barranco, gerent de la Regió Sanitària de Lleida, el Dr. Ramón Pujol, gerent

de la Regió Sanitària de Pirineu i Alt Aran i Tomàs Pujol, director territorial del Departament de Benestar i Família.

V Jornades d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent

La medicina legal o forense és una parcel·la de la medicina tan important com desconeguda: molts de nosaltres hem considerat aquesta assignatura de la llicenciatura, permeteu-nos l'expressió, una "maria", és a dir, una matèria banal, intrascendent, superficial, que havíem d'aprovar donat que estava en el currículum acadèmic, però que ens era irrellevant per exercir la professió sanitària. Greu error! Cal saber medicina forense!, com a mínim tot el que fa referència als aspectes relacionats amb la responsabilitat professional i el plet sanitari.

Actualment existeix un creixent interès per part dels professionals sanitaris per tot el que fa referència als aspectes legals de l'exercici de la seva professió. L'anomenada medicina defensiva, el secret professional, la realització de la perícia mèdica, els diferents models de documents mèdicolegals, els problemes derivats de la malpraxi i de la responsabilitat penal, serien algunes de les qüestions que se li poden plantejar al professional sanitari en la seva pràctica



Metges, la delegació de Lleida del Servei Català de la Salut, l'Institut Català de la Salut i l'Ajuntament de Lleida.

Programa

8.45 h: Lliurament de material
9.00 h: Taula inaugural
9.30 h: Ponència "L'error mèdic, a propòsit d'un estudi", a càrrec de Francesc Borrell Carrió, doctor en medicina, professor de la Facultat de Medicina de la UB, metge de família, director de l'EAP La Gavarra i president del Comitè d'Ètica Assistencial d'APS de Catalunya.

En el moment de tancar l'edició de *Butlletí Mèdic*, la ponència esmentada anteriorment estava pendent de confirmació.

quotidiana.

Per això, volem tractar totes aquestes qüestions en les properes Jornades de les Terres de Ponent.

Comitè Organitzador de les Jornades

Les V Jornades d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent se celebraran enguany el proper 23 d'octubre al teatre de l'Escorxador de la ciutat de Lleida. Les jornades estan organitzades per SCMFIC i MFIC, i compten amb la col·laboració del Col·legi de

10.30 h: Pausa-café

11.00 h: Taula rodona sobre "Medicina legal situacions de risc a la nostra consulta" amb la següent participació: Moderador: Dr. Francesc Borrell. Ponents: Dr. Josep Cabrera Forneiro, especialista en medicina legal i professor de medicina legal de la Universitat Pontificia de Comillas (Madrid); Dra. Rosa Pérez, metgessa forense de l'Audiència de Lleida; Dr. Manel Pena, doctor en medicina i metge de família l'EAP de Mollerussa, i un fiscal de l'Audiència de Lleida.

14.15 h: Cloenda i lliurament del premi al millor pòster presentat a càrrec de la Dra. Gisela Galindo, vocal de Lleida-SCMFIC, i el Dr. Daniel Ferrer-Vidal, president de la SCMFIC.

14.30 h: Dinar

Inscripcions

El preu d'inscripció a les jornades és de 30 euros, si s'abona fins al 30 de setembre, i de 40 euros si s'abona després de la data esmentada.

L'adreça electrònica de contacte és jornades_ponent@yahoo.es

XIX Jornades de bioètica: "Ètica de la distribució dels recursos"

Lloc: Facultat de Medicina. UdL.
Curs adreçat a professionals de la salut (metges, infermeria, etc.) i a estudiants de ciències de la salut (medicina, infermeria...) Dies: 15, 16 i 17 de novembre de 2004.
Horari: de 18.00 a 21.30 hores.

Temari:

- Models de finançament dels sistemes sanitaris
- Distribució de recursos: metges, administradors, gerents
- Racionalització dels recursos (principi de justícia i equitat)
- Llistes d'espera, punt de vista del cirurgià
- Visió de futur de les professions sanitàries

Inscripcions: Secretaria del Departament de Cirurgia. Facultat de Medicina. Unitat docent HUAV. UdL.

Congrés de la Professiò Mèdica de Catalunya

El Congrés de la Professiò Mèdica, que analitzarà el paper dels metges i de les metgesses a principis del segle XXI, tractarà les següents ponències:

- Ser metges al s. XXI
- Educació dels metges i manteniment de la competència
- Aspectes jurídic legals de l'exercici de la medicina
- Les condicions de treball dels metges
- Instruments per a la cohesió professional
- Projecte d'adequació del codi de deontologia

Els professionals que ho desitgin poden consultar el contingut de les ponències a la pàgina web www.congresprofessio.org

Trastorn hipercinètic

Dr. Àngel Pedra - *Psiquiatra*

El trastorn hipercinètic és l'entitat psiquiàtrica més freqüent en la infància i adolescència i es caracteritza per hiperactivitat, impulsivitat i dificultat d'atenció, tot i que poden canviar les seves manifestacions clíniques amb el desenvolupament cap a l'edat adulta. Un dels problemes en la pràctica clínica és la manca d'un llenguatge comú a l'hora de definir els casos, per existir diferències de criteris diagnòstics, i de mètodes de recollida de informació comportant que les taxes de prevalença variïn àmpliament d'uns països a altres, poden oscil·lar de l'1 al 17%. Aquí estaria entre el 3-5%, amb una relació noi/noia de 5/1.

Encara que l'etiologia no és del tot coneguda, es considera que pot ser multifactorial i amb predisposició genètica. Actualment la teoria més acceptada és la d'una depleció de dopamina i serotonina, ja que la medicació més utilitzada en el tractament és el metilfenat i els tricíclics al produir una elevació de l'activitat d'aquests neurotransmissors. Altres teories com la hipoperfusió de glucosa a nivell dels lòbuls frontals i la de possibles lesions cerebrals han perdut pes científic.

L'actuació dels professionals de la salut davant d'un possible trastorn hipercinètic passaria per establir un diagnòstic. Malgrat el no disposar d'una prova clínica definitiva, serà necessari recórrer a la història clínica detallada, i l'aplicació d'uns qüestionaris estandaritzats que es passen als pacients, pares i professors, així com una valoració de la comorbiditat amb d'altres processos psicopatològics que sovint emmascaren el diagnòstic essent un factor de mal pronòstic la seva presència a l'hora d'orientar correctament el tractament, com poden ser: fracàs escolar, trastorns d'ansietat, de l'humor, anti-socials, abús de substàncies, alta incidència en accidents de vehicles de motor entre altres.

Un diagnòstic diferencial amb problemes de visió i/o audició, epilèpsia, malnutrició, trastorn de la son, ansietat, depressió, medicació amb teofil·lina, fenobarbital o carbamazepina, deficiència mental, problemàtica familiar i mal educats.

Orientació a família, l'ansietat dels pares genera més hiperactivitat, impulsivitat i angustia als/a les nois/es. Cal trencar mites i explicar que aquest trastorn no solament afecta l'àrea acadèmica, que sol ser la que motiva la consulta, sinó que pot evolucionar en funció de l'edat i amb una altra simptomatologia. Que no existeixen culpables, però com l'entorn i el ambient són importants el fet de tindre un fill amb aquest trastorn no serveix d'excusa per eludir responsabilitats, al contrari han de ser tant els pares com el/la noi/a conscients de les dificultats i cercar les accions terapèutiques adients.

Orientació als professors, l'organització Ch A.A.D. proposa suggerències per poder establir una bona relació i adaptació de les normes a l'alumne que pateix aquest trastorn hipercinètic.

Pel que respecta al tractament és necessari arribar a un consens sobre la utilització de medicació tot estimulant-lo, conjuntament amb un ajut individual i acadèmic. El treball multidisciplinari (pediatres, psicòlegs, psiquiatres, professors i famílies), juntament amb la implicació del propi pacient ens ajudarà a aconseguir que aquest, arribi a adult essent competent, disciplinat i amb una bona qualitat de vida personal i laboral.

Simptomatologia bàsica del trastorn

Trastorn d'atenció

Fàcilment oblida detalls
Es cansa de seguit amb el que està fent
Sembla que no escolta
Dificultat per organitzar els deures i les activitats
Es distreu fàcilment
No fa els treballs que li suposen un esforç
Oblida les activitats diàries

Hiperactivitat

Agitació
Es mou de forma excessiva en situacions inapropiades
Té dificultats per romandre assegut
Molesta els altres
Dificultats per jugar a activitats tranquil·les

Impulsivitat

S'avança a les respostes
Li costa esperar el seu torn
Interromp les activitats dels altres
Parla sense reserves i no atèn les limitacions socials

Joies úniques

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

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

Alta tecnología en la UCI

Gracias a los avances tecnológicos se pueden salvar muchas vidas pero a veces hay que calibrar el riesgo y el beneficio que estas medidas de soporte artificial causan en los pacientes. Las tecnologías sirven para ganar tiempo hasta que el tratamiento etiológico pueda devolver una calidad de vida al paciente.

Aspectos éticos en la aplicación de alta tecnología médica

El gran avance tecnológico en todos los campos, incluido el de la medicina, conlleva, en ocasiones, grandes dificultades a la hora de tomar decisiones. Aplicar dichos avances a un paciente en concreto no es sencillo, sobre todo en horas de madrugada, cuando la posibilidad de compartir la decisión con un equipo es limitada. Sin embargo, esa decisión puede determinar algo tan importante como la vida del paciente.

En las Unidades de Cuidados Intensivos se aglutinan diversos recursos humanos, científicos, tecnológicos que pretenden superar patologías que amenazan la vida del enfermo. Hoy día somos capaces de mantener artificialmente la vida de una persona, incluso con fracaso multiórgano (FMO), lo que era impensable hace unos pocos años:

Si tiene *shock*, drogas inotrópicas orientadas mediante catéter de Swan-Ganz, una juiciosa resucitación con líquidos y un balón de contrapulsación intraaórtico, mantendrá la hemodinámica.

Si tiene una severa insuficiencia respiratoria, la ventilación mecánica con o sin PEEP y oxigenoterapia al 100% podrá seguramente mantener el intercambio gaseoso.

Si falla el riñón, métodos de depuración extrarenal como la hemofiltración continua sustituirá la función renal y mantendrá el balance hidroelectrolítico.

Si existe coagulopatía severa, la transfusión de hemoderivados puede ser salvadora.

Si desgraciadamente el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio, unas correctas medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP), que incluyen masaje cardíaco externo y choques eléctricos para desfibrilar, podrán revertir la situación.

De todos modos, todas estas medidas extraordinarias de soporte vital de vida no curan por sí solas. Si la enfermedad que causa el FMO no tiene una etiología reversible, sólo habrán servido para aplazar el fallecimiento del paciente y no habrán conseguido el objetivo del equipo asistencial: devolver al paciente una calidad de vida independiente fuera de la UCI. Por otra parte, pese a las tecnologías más complejas e innovadoras, lo que es incuestionable es que la vida del ser humano es finita y la muerte es una realidad que, antes o después, nos llega a todos.

Desde el punto de vista de la beneficencia, estas tecnologías avanzadas no se indican para subir una PaO₂ baja, remontar una tensión arterial sistólica menor de 80 mmHg o poner las cifras de creatinemia en su sitio, sino para “ganar tiempo” hasta que el tratamiento etiológico (antibioterapia en el caso de infección, balance negativo en el caso de edema agudo de pulmón cardiogénico...) pueda devolver al paciente a una calidad de vida independiente, alejado de los tubos y de las máquinas y del

TABLA 1: Factores a considerar antes de decidir el ingreso en la UCI

- ◆ Diagnóstico
- ◆ Severidad de la enfermedad
- ◆ Edad
- ◆ Patología coexistente
- ◆ Pronóstico
- ◆ Capacidad de proporcionar tratamiento fuera de la UCI
- ◆ Respuesta al tratamiento (posibilidades de mejorar)
- ◆ PCR reciente
- ◆ Calidad de vida prevista
- ◆ Deseos del paciente
- ◆ ¿Número de camas disponible?

TABLA 2: Dificultad de ejercer la autonomía en una situación de emergencia

- ◆ El deseo del paciente no se conoce o “no importa”
- ◆ La situación clínica es cambiante
- ◆ Existe gran incertidumbre en la información
- ◆ La información es muy dura

ambiente hostil de la UCI.

La aplicación de estas tecnologías pretende evitar una muerte prematura e inoportuna por una patología que suele ser aguda, grave pero con posibilidad de curación y que, sin este soporte vital, causaría indefectiblemente el fallecimiento del paciente.



Medidas extraordinarias de soporte vital

No siempre el beneficio de estas medidas de soporte artificial de vida es claro para el paciente y en la evolución de algunos enfermos ingresados en la UCI vemos la iatrogenia que estas terapias causan (infección nosocomial, neumonía asociada a ventilación mecánica, sepsis por catéter, ansiedad, miedo y disconfort por el ambiente de la UCI...). En la balanza de su indicación han de pesar diversos factores (ver tabla 1).

Desde el punto de vista de la NO maleficencia, el riesgo de la aplicación de estas medidas hay que tenerlo muy en cuenta. La habitual fascinación que produce la alta tecnología NO deberá influir en las decisiones médicas.

El provecho de indicar o mantener medidas sofisticadas de monitorización y tratamiento, generalmente invasivas para el paciente, habrá que calibrarlo para cada enfermo en concreto en términos de coste/beneficio.

En este contexto, deberemos evaluar si el tratamiento instaurado es proporcionado a las posibilidades reales para el enfermo en concreto que estamos tratando y aplicar aquellas terapias cuya eficacia esté claramente contrastada en la literatura médica.

La mortalidad de los pacientes que precisan ventilación mecánica prolongada es alta (superior al 40% a partir de las 24 horas), por lo que, en los pacientes cuya evolución ha sido desfavorable

TABLA 3: Objetivos para el paciente crítico

- ◆ Mantener una vida de calidad
- ◆ Aliviar el sufrimiento
- ◆ Evitar riesgos al paciente
- ◆ Restaurar la salud
- ◆ Respetar los derechos de estos pacientes

TABLA 4: Tópicos de bioética en medicina intensiva

- ◆ “Prolongación mecánica de la agonía”
- ◆ “Furor farmacológico”
- ◆ “Expropiación del propio cuerpo”
- ◆ Cuidado extraordinario desproporcionado
- ◆ Tratamiento fútil
- ◆ Limitación del esfuerzo terapéutico
- ◆ Competencia mental
- ◆ “Encarnizamiento terapéutico”
- ◆ Consentimiento informado
- ◆ “Privilegio terapéutico” (de no informar)
- ◆ Directrices previas/testamento vital
- ◆ Orden de NO reanimar

y las altas tecnologías de la UCI no consiguieron salvar su vida nos asaltarán las dudas... ¿utilizamos las medidas paliativas suficientes?, ¿supimos respetar, en la medida de nuestras posibilidades, los deseos del paciente y su familia?

Desgraciadamente, la posibilidad de aplicar estas tecnologías NO siempre existe y, con frecuencia, la demanda de la UCI supera la oferta de las camas. Cuando al final de meses de esfuerzo el paciente fallece, al equipo le asalta otra inquietud: ¿no habrá sido un lujo mantener artificialmente la vida tanto tiempo cuando esos recursos hubieran sido más útiles para un enfermo con más posibilidades? ¿Deberíamos haber limitado el esfuerzo terapéutico de gran costo humano y material en aras de una distribución más justa de los recursos?

Y es que nos movemos en una ciencia con alto grado de incertidumbre. Por más que se investigue en el campo del pronóstico y los índices de gravedad (APACHE II, SAPS...) nos ajusten las posibilidades de supervivencia, seguimos viendo pacientes en los que, contra pronóstico, las medidas de la UCI han supuesto una posibilidad real de curación, con ninguna o escasas secuelas, para gran alegría del paciente, de la familia y del equipo asistencial.

Sin esas medidas la mortalidad del paciente hubiera sido, sin lugar a dudas, del 100%.

Desde el punto de vista de la autonomía, ¿qué difícil es respetar los deseos de un paciente en la UCI! (ver tabla 2).

En muchas ocasiones, el paciente no es competente para recibir la información (está sedado, con gran ansiedad, inconsciente por la enfermedad...) y la familia pasará a ser el interlocutor válido.

Cuando está consciente, la ansiedad, el miedo, el dolor que causa su enfermedad y la dureza de la información nos lleva a adoptar la postura quizás muy paternalista llamada “privilegio terapéutico” de NO informar con el fin de evitar un estrés innecesario capaz de agravar la situación del paciente.

Y, claro está, un paciente será competente y tendrá capacidad para participar en las decisiones

cuando sea capaz de conocer y comprender la información acerca del diagnóstico, el tratamiento, los riesgos de éste, las consecuencias de no tratar y las alternativas posibles en el manejo de su enfermedad. Por ello, en la gran mayoría de las situaciones de patología aguda grave, el paciente no es competente para participar en la decisión de aceptar o rechazar medidas extraordinarias de soporte vital, al no poder conocer o comprender toda la información.

Además, la situación de urgencia vital supone una de las excepciones en la obligación de obtener el consentimiento informado para procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

En cualquier caso, creo que no se puede ser dogmático ni generalizar. Especialmente cuando hay alternativas, cuando es dudoso que las medidas de soporte vital sean un beneficio claro para el paciente, cuando la consulta de diversos expertos en patología aguda grave ofrece más de un camino, aquí es cuando podemos satisfacer los deseos del paciente.

Si éste no es competente, consultaremos a su familia o a sus allegados.

Aquí podemos apuntar otro problema: con la desestructuración familiar frecuente hoy día, no siempre es fácil determinar quién es realmente el “allegado” del paciente que ayude a tomar las decisiones en su beneficio.

Si médicamente hay varios caminos, será el momento de explorar los deseos del paciente generalmente manifestados con anterioridad a la familia, o a su médico de cabecera o quizás expresado en el documento de “últimas voluntades” que nos oriente sobre su consentimiento a utilizar en su persona medidas extraordinarias de soporte vital ante una enfermedad con escasas posibilidades de curación.

Cuando indicamos esta alta tecnología médica evidenciamos que sólo está sirviendo para alargar y no curar, tenemos la posibilidad de practicar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). La LET es una realidad asistencial frecuente porque, como es obvio, no a todos los pacientes que fallecen en el ámbito hospitalario se les ha

TABLA 5: Relación coste/beneficio en terapia intensiva

- ◆ Probabilidad de éxitos de los tratamientos aplicados
- ◆ Calidad de las altas obtenidas
- ◆ Costos económicos
- ◆ Costos físicos y humanos de los pacientes, las familias y el personal asistencial
- ◆ Costos sociales

TABLA 6: Metodología en la decisión en terapia intensiva

- ◆ Utilización de la experiencia internacional mediante la consulta bibliográfica oportuna
- ◆ Estimación de la gravedad mediante herramientas predictivas
- ◆ Compartir la decisión con el equipo asistencial
- ◆ Respetar la autonomía del paciente
- ◆ Conocimiento de la historia clínica con evaluación detallada en cada caso en concreto

practicado RCP + VM + hemofiltración...

La ausencia de respuesta al tratamiento de soporte vital, una nueva información que sugiere patología irreversible o conocer la voluntad del paciente contraria a las medidas de la UCI, nos orientará la decisión de la LET. Entonces evitaremos el encarnizamiento terapéutico (dura expresión) y procuraremos una muerte digna sin añadir nuevas medidas por considerarlas fútiles para nuestros objetivos asistenciales (ver tabla 3).

La expresión de limitación del esfuerzo terapéutico no es afortunada para muchos autores, ya que conseguir el objetivo del confort para el enfermo y su familia (comunicación, alivio de síntomas, “sedación consciente”, promover la despedida del paciente con la familia...) puede suponer más trabajo que mantener o retirar las medidas de soporte.

Quizás sea más afortunada

la expresión de “reorientar el esfuerzo terapéutico” hacia la comodidad del enfermo y su entorno.

Es difícil poder concretar y mucho menos aconsejar en temas éticos. En último término, siempre podemos, ante casos complejos, recabar la consulta de la Comisión de Bioética que generalmente no podrá realizarse en situaciones de urgencia.

Sólo pretendo transmitir las reflexiones de un intensivista que a menudo le toca “decidir” la indicación o no de estas medidas de alta tecnología y las claves en las que nos apoyamos. En la tabla 4 expresamos varios tópicos para más ejercicio neuronal sobre el tema.

Cuando un compañero de Atención Primaria decide llamar al 112 o cuando el de Urgencias procede a la intubación traqueal del paciente, o cuando cirugía y anestesia deciden la intervención, quizás en un enfermo con gran comorbilidad previa o patología muy avanzada, o cuando el intensivista decide mantener sofisticadas medidas de soporte vital en un fracaso multiórgano persistentemente refractario a la terapia, una gran pregunta será: ¿la alta tecnología médica para ese enfermo concreto constituirá un lujo, un riesgo o una posibilidad?

Dr. Miguel León Vallés

Médico adjunto

Servicio de Cuidados Intensivos Hospital Arnau de Vilanova-Lleida

BIBLIOGRAFÍA

Gómez Rubí, J.A. *Ética en Medicina Crítica*. Editorial Triacastela. Madrid, 2002.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Cabré, L.; Solsona, J.F., y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. “Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva”. *Med Intensiva* 2002; 26 (6): 304-311.

Barbero, J.; Romeo, C.; Gijón, P.; Júdez, J., “Para el proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Limitación del esfuerzo terapéutico”. *Med Clin* (Barc) 2001; 117: 586-594.

Universitat, cultura i llengua

A les facultats de Medicina, tot i que la majoria de classes s'imparteixen en català, dominen clarament les tesis doctorals presentades en castellà. La universitat ha de fer un clar esforç de suport de la nostra llengua per aconseguir arribar a la internacionalització de la nostra identitat cultural catalana.

Identitats culturals

En primer lloc, vull agrair molt sincerament la distinció que per a mi representa l'ésser elegit padrí d'aquesta Promoció 2004 de la Facultat de Medicina de Lleida. Amb el pas dels anys els que ens fem més grans cada vegada agraïm més que els més joves i fins i tot els estudiants es recordin de nosaltres.

Tots, grans i joves, som els protagonistes situats en els extrems cronològics de la història que nosaltres hem dissenyat durant 50 anys i que vosaltres haureu d'escriure en el pròxim mig segle que viureu. Tots sentim inquietuds i desitjos que cal que ens comuniquem. I és això el que vaig a fer en aquests breus minuts dels quals dispo.

Comunicar-vos algunes de les meves inquietuds i desitjos com a persona dedicada tants i tants anys a l'ensenyament, a la universitat i a la cultura. I us vaig a fer unes reflexions sobre llengua i cultura.

En la introducció de l'obra de Herder *Encara una filosofia de la història*, Sala i Molins diu que la paraula no és crit de bèstia, ni cant d'ocell, ni bram de brau, sinó que és l'expressió més clara de la raó. No hi ha paraula si no hi ha raó i no hi ha raó si no hi ha paraula. Tots pensem a través de les paraules i per això mateix les paraules de la llengua pròpia són el vincle més íntim que uneix el nostre pensament i la nostra parla. Són les paraules que hem après dels nostres pares, els quals les aprengueren dels nostres avantpassats més remots, les que formen part del nostre

patrimoni personal i cultural més preuat. Amb elles ens obrirem a la vida, fèrem les primeres carícies i sentirem els primers desitjos i les primeres il·lusions. Són les que sorgiren de l'espontània manera de viure del nostre poble, de la nostra gent i que esdevingueren, a poc a poc, l'essència de les nostres pregàries, dels nostres contes, de les nostres cançons, de la nostra expressió poètica i científica, les que segellaren l'origen de molts dels nostres cognoms i les que donaren nom a les nostres viles. Són paraules que formen part de nosaltres i per això les hem d'estimar, les hem de saber escriure, les hem de voler emprar en totes les nostres activitats privades i professionals, fins i tot amb la voluntat cultural d'enriquir i de diversificar el món global des de la nostra peculiar i distintiva identitat.

Tota llengua, sigui quina sigui, mereix el màxim respecte. I és per això mateix que el menyspreu d'una llengua i la imposició d'una altra representa una violació de la intimitat humana, que no pot frivoltzar-se. I és també per això mateix que des d'una vessant estrictament cultural, el fet de pensar i de parlar en una llengua i escriure en una altra és una anormalitat patològica del llenguatge

anomenada diglòssia, que sols pot explicar-se en un poble que viu encara les conseqüències culturals d'una submissió.

El fet de viure sense reflexionar sobre l'autèntic significat de la llengua pròpia, el fet de menysprear el valor de la nostra diversitat cultural, el fet de pensar que, al cap i a la fi, les altres llengües també serveixen per a la nostra vida de relació, sense sentir i sense contemplar l'herència cultural dels nostres pares i de la nostra terra, equival a encongir-se i a empobrir-se culturalment.

Gabriel Aresti expressa la transcendència i la grandesa d'aquest sentiment quan diu: “Defensaré la casa del pare no perquè és meva, sinó perquè era del pare.”

Argumentar que avui dia el món s'ha fet cada cop més petit, que el món s'ha globalitzat i que la tecnificació que ho ha fet possible reclama l'abandó de les posicions que defensen les cultures minoritàries, equival a renunciar al sentit de respecte que mereixem tots com a éssers humans, equival a prescindir de l'obligació que tenim tots de respectar els drets humans de qualsevol col·lectivitat. Perquè el respecte a les identitats culturals va molt més enllà d'una visió estrictament política de la història, va molt més enllà del si manen els uns o de si manen els altres, perquè es tracta, ni més ni menys, del respecte que s'identifica amb els sentiments de persones que desitgen viure amb els seus costums i amb les seves paraules. És un respecte a la intimitat de les persones, que no és lícit adulterar, que no és lícit embrutar a través de retòriques i semàntiques manipulades que vulnereu la puresa d'aquest respecte.

A més a més, cal fer palès que

Les paraules en la llengua pròpia són els vincles entre el pensament i l'expressió

el rang dels sentiments de les col·lectivitats més petites no té perquè ser inferior al rang dels sentiments de les col·lectivitats més nombroses. Contemplar la vida amb una visió exclusivament utilitària de la llengua, perquè al cap i a la fi el fax, les pantalles i els telèfons poden prescindir d'aquests sentiments, i conformar-nos així en esdevenir els robots d'una cultura unitària i única, despersonalitzada, que és a més prioritàriament hedonista i que sovint es vanta de desprendre's de llasts culturals pretèrits, equival a deshumanitzar-nos.

La reflexió sobre llengua i cultura, aliena a la superficialitat cultural de la gran majoria de ciutadans, hauria d'interessar profundament tots els universitaris. Per definició, tots els universitaris hauríem d'exercir com a professionals de la cultura, tots els universitaris hauríem de ser conscients de la nostra responsabilitat cultural, de la responsabilitat cultural que adquirim vers la societat que ens valida per exercir la nostra professió. I en aquest sentit l'estudiant hauria de rebre de la universitat una formació que sobrepassés l'àmbit estrictament tècnic, i que l'obris a una inquietud humanística, una formació que l'articulés amb la cultura de la societat que el rep i que l'accepta, una formació que el connectés amb tot el que és cultura, amb independència de conviccions polítiques, socials o religioses i per pura ètica intel·lectual. L'universitari ideal hauria no solament d'ésser competent en la branca i l'especialitat concreta que ha elegit, sinó també en la funció, molt més àmplia, de capdavanter cultural. I en el cas concret del nostre país hauria de ser normal que fossin molts els universitaris que sentissin preocupació per la defensa dels valors propis de la nostra cultura, una cultura que està minoritzada i que continua desenvolupant-se entre moltes i grans dificultats de tota mena. Una cultura el màxim exponent de la qual és la llengua pròpia, una llengua que ha hagut de superar obstacles quasi indescriptibles per arribar a incorporar el lèxic científic i tecnològic que requereix el vigorós dinamisme de les ciències.

La supervivència del català mèdic, com la del català científic en general, ha suposat un esforç excepcional, car no solament ha

La imposició d'una altra llengua representa una violació a la intimitat humana

hagut de resistir l'aclaparador domini de l'anglès en l'àmbit d'un país petit i no sobirà, sinó que així mateix, i a diferència del que ha esdevingut en altres països com Dinamarca, Suècia, Noruega, Holanda, Finlàndia, etc., ha hagut, a més, de superar les enormes dificultats que ha implicat el fet de desenvolupar-se en coexistència amb una altra llengua poderosa i culta, imposada políticament.

En una recent publicació recordava que fa només poc més de cent anys no s'ensenyava el català a les escoles i els grans metges que protagonitzaren el ressorgiment de la nostra medicina no sabien escriure el català, el qual des del privilegi natural d'ésser l'única llengua de tots els escrits mèdics del segle XIV, havia arribat tan sols a ser emprat en el 3,5% de totes les publicacions mèdiques del segle XIX, en estar escrites la quasi totalitat en castellà. És ben expressiu que el primer discurs d'ingrés pronunciat en català d'un membre numerari a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona no fos fins l'any 1932, al cap de 162 anys de la seva fundació l'any 1770, i que la primera acta escrita en català de la sessió inaugural de curs de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya no fos fins l'any 1902, al cap de 30 anys de la seva fundació com escola mèdica genuïnament catalana. Encara fa només 29 anys, el 4 de març de 1975, un regidor de l'Ajuntament de Barcelona va haver de demanar permís a l'alcalde per expressar-se en català arran de defensar una proposta d'ajut de 10 milions de pessetes per a la promoció de la cultura catalana, proposta que va ésser finalment rebutjada per divuit vots en contra i solament nou a favor, i l'endemà *La Vanguardia* recordava l'obligació de parlar en castellà a les sessions i que l'alcalde tenia la facultat de retirar la paraula als regidors que s'expressessin en català. ¿Com podem, doncs, no sentir la responsabilitat de defensar unes paraules a través

de les quals pensem i parlem i que no ens han deixat pronunciar ni en la nostra màxima institució ciutadana? ¿Com podem no sentir un legítim i noble al·lè cultural a l'hora d'honorar com a universitaris la nostra llengua i lloar-la així en totes les tasques orals i escrites de la nostra professió? ¿Com podem no comprendre que quan instruïm els estudiants del programa Erasmus que provenen de les cultures més diverses no ens sentim gelosos del nostre tresor lingüístic, desplaçat aleshores pel domini d'una altra llengua que també estimem, però que minoritza la pròpia i que comparativament la situa en desavantatge respecte a la llengua dels suecs, dels danesos, dels finesos i de tots els ciutadans del món que pertanyen a cultures també minoritàries, però que poden defensar la seva llengua de manera natural i sense condicionaments? ¿És tan feixuc honrar el valor cultural de la llengua pròpia dedicant en finalitzar la classe una estona de més als estudiants estrangers que durant els primers dies o les primeres setmanes no entenen el català? I encara en un altre àmbit, ¿som prou conscients quan en una institució mèdica tan genuïnament catalana, plena de simbolisme i de responsabilitat històrica, com l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears es desenvolupa tota una sessió en castellà, del que significa mantenir-nos passius i no defensar, si més no per pura ètica cultural, l'ús científic de la llengua pròpia, menystinguda i situada aleshores en evident situació de feblesa?

Són preguntes totes elles que dirigeixo molt especialment i amb la més gran naturalitat a tots els que pensem i parlem en català, lluny de qualsevol ànim de manca de respecte als que, convivint amb nosaltres, senten dintre d'ells les arrels d'una altra cultura i pensen en una altra llengua. Cal no confondre identitat amb identificació, ja que és clar que molts ciutadans que pensen

i parlen en castellà se senten també identificats amb el nostre país, al qual estimen i defensen tot i que no s'hagin decidit a parlar en català.

I arribat a aquest punt, crec adient posar de relleu que no es presta cap servei al nostre país i que crea confusió entre els que no han reflexionat prou sobre aquesta temàtica, quan un català dicta tota una conferència o un discurs en castellà des d'un acte institucional celebrat i generat a Catalunya, en una institució nostra, en un servei nostre, simplement perquè hi assisteix un ministre del Govern central. S'oblida així que el català és una llengua oficial que l'Estat té l'obligació de respectar i de conrear, i que hauria de ser normal que certs alts representants de l'Estat que saben parlar-lo i que visiten Catalunya, l'empressin normalment, si no durant tota la seva intervenció, almenys sí per saludar i acomiadar-se, més o menys extensament.

Cal aquí recordar que els ciutadans poden ser bilingües o multilingües, però que les ciutats i les seves institucions són i han de ser monolingües. Massa sovint som un poble resignadament feliç i provincià que, com deia l'endocrinòleg Leandre Cervera, va arribant fins a un grau tal d'insensibilitat que perd el sentit comú en benefici dels qui ens volen situar dins d'una altra cultura.

Ningú no pot qüestionar que, per definició, el bilingüisme és enriquidor i que fins i tot els universitaris no ens hem de conformar amb el domini de dues llengües, sinó que també hem de procurar aprendre a expressar-nos perfectament en anglès i, si podem, en moltes altres llengües.

El bilingüisme és, en principi, un privilegi cultural i a casa nostra ho seria més encara si la llengua protegida per l'Estat i per raons sociològiques i també polítiques no afeblís la nostra llengua pròpia. Perquè a la pràctica el bilingüisme permet viure a tot l'àmbit geogràfic on la llengua catalana és oficial, exclusivament en castellà i no en català, i és evident que els ciutadans que practiquen prioritàriament el monolingüisme són els que defensen el bilingüisme i que el bilingüisme el practiquem sobretot els catalanoparlants. I com que es pot viure normalment emprant la llengua de l'Estat a tot arreu

i se sol considerar la llengua pròpia sense cap més profunditat cultural que la d'ésser una mera eina de comunicació, ara que els nostres escolars i els nostres universitaris joves saben escriure el català, està paradoxalment retrocedint el seu ús social i més encara quan hom continua l'hàbit de parlar en castellà a tots els immigrants, ignorant que aquest conformisme lingüístic amenaça seriosament la supervivència de la nostra llengua i que a Suècia, per exemple, tots els immigrants han d'aprendre necessàriament el suec. És a més ben curiós i altament expressiu que el no girar de llengua sigui solament jutjat com a bel·ligerant i com a reivindicatiu i fins i tot com a intolerant quan s'intenta mantenir la conversa en català. Optar pel català és fer aleshores una opció ideològica mentre que, paradoxalment, optar pel castellà és fer les coses amb naturalitat. Els defensors del bilingüisme practiquen sovint un bilingüisme unidireccional que els permet viure com a monolingües, mentre que, paradoxalment, els defensors del monolingüisme són el qui exerceixen habitualment de bilingües.

I estem parlant d'una llengua molt rica i que entre totes les llengües oficials dels quinze països que integren la Comunitat Europea ocupa el setè lloc quant al nombre d'habitants de les àrees geogràfiques on és parlada. En xifres absolutes, és fins i tot més parlada que el danès i que el finès, és a dir, que dues de les llengües ja oficials a la Comunitat Europea, i equiparable al suec, al grec i al portuguès. Entre les deu noves llengües oficials que s'incorporaran pròximament només el polonès supera el català en nombre de parlants, i es reconeixen així com a llengües oficials l'eslovac, el lituà, el letó, l'eslovè, l'estonià i el maltès, llengües parlades en països de

menys de sis milions d'habitants. El català també ocupa el primer lloc quant al nombre de parlants de les trenta-sis llengües europees sense Estat i, entre totes les llengües que es denominen regionals i minoritàries, és l'única que saben parlar més de set milions de persones. És, a més a més, i com a demostració de llengua adaptada a les necessitats de la societat moderna, la dinovena llengua del món amb més presència a internet. És també la llengua d'un Estat sobirà, Andorra.

En l'àmbit concret de la medicina s'ha de reconèixer que la tasca catalanitzadora de l'Administració en el sector sanitari públic ha estat molt important, tant pel que fa a la imposició d'una retolació exclusivament catalana, com pel fet que tota la informació, la correspondència i els documents generats en les direccions i en les diferents seccions de tots els centres adherits a aquesta xarxa pública, s'ha redactat naturalment en català. El català, doncs, és l'única llengua emprada oficialment en la sanitat pública, però no succeeix malauradament el mateix en molts centres privats, en els quals continua sent usual que la informació i el personal emprin prioritàriament el castellà. A més, es dona el fet que en els professionals de més de quaranta anys, la diglòssia lingüística continua sent molt potent, atesa la dificultat de superar hàbits lingüístics ja molt arrelats. En general, opten per la comoditat de redactar tots els informes i tots els escrits en l'única llengua que se'ls va ensenyar a l'escola i que, per a la gran majoria, fou el castellà. I és així com s'explica que en un estudi successiu que hem fet de 388 i 418 informes d'alta emesos en sengles setmanes en un gran hospital de Barcelona, solament el 13.6% i el 14.1% respectivament foren redactats en català, i que en un estudi simultani de 300 documents generats per 87 entitats, laboratoris, centres d'imatge o professionals diversos pertanyents a l'àmbit de la sanitat privada exercida a través de mútues d'assegurances o bé en règim de privacitat estricta, el català s'emprés també solament en poc més del 15%, tot i que en una proporció clarament superior figuri, a la capçalera dels impresos, sobres, bosses, etc., la identificació en català i

El respecte a les cultures va més enllà d'una visió estrictament política

que fins i tot se signin amb els noms catalans de Josep, Miquel, Anna, etc, informes redactats en castellà. Però és que, a més a més, es produeix un altre fet, al nostre entendre força remarcable, que hem pogut sovint constatar personalment: molts residents que parlen habitualment en català i el saben escriure correctament no l'utilitzen en la seva praxi de cada dia, sigui perquè no tenen consciència del significat diglòssic del seu comportament lingüístic, sigui perquè incorren en la passivitat acrítica de seguir la norma dels serveis on estan adscrits; molts no s'aturen a pensar en la seva diglòssia perquè no l'analitzen ni la valoren. En conjunt, resulta a la pràctica molt evident que, tot i ésser el català la llengua més emprada en els passadissos de l'hospital, col·loquialment, en sessions clíniques, en conferències i en l'intercanvi general d'informació oral tècnica, no utilitzen aquesta llengua a l'hora d'escriure. Per tant, molts professionals pensen i parlen en català i escriuen en castellà i és per això que en els nostres centres s'observa una notable diglòssia sociolingüística que resulta un xic sorprenent si s'analitza amb el prisma d'una mínima exigència cultural.

A les facultats de medicina, tot i que la majoria de classes s'imparteixen en català, dominen clarament les tesis doctorals presentades en castellà. A la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, des del curs acadèmic 1990-1991 i fins el curs 1999-2000, d'entre 1.024 tesis doctorals presentades, 744 s'han redactat en castellà i 280 en català, amb una certa tendència a augmentar aquestes últimes en els darrers 5 anys, de manera que en el curs 1999-2000 se n'han redactat 63 en castellà i 30 en català. A la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Rovira i Virgili, la relació tesis en castellà/tesis en català ha estat en aquests darrers 5 anys de 2.2 i 2.1 respectivament i sensiblement igual a l'índex mitjà de 2.1 registrat a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona durant aquest mateix període. A la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, de les 30 tesis llegides des de 1996 fins el 2000, solament 7 s'han

redactat en català, remarcant que la proporció es va decantant a favor del castellà, a diferència del que succeeix a les altres facultats.

En arribar a aquest punt, cal que reflexionem un altre cop sobre la formació que reben els nostres estudiants a la universitat. Tinguem ben present que el dia que la nostra universitat sigui completament catalana començarà la veritable renaixença de Catalunya (Torràs i Bages). I la nostra universitat pot ser completament catalana, tot i que no ho serà fins que en ella es visqui plenament en català, fins que el professorat i els estudiants prenguin consciència que són el professorat i els estudiants d'un país diferent, amb una cultura pròpia i diferenciada la màxima expressió de la qual és la llengua pròpia, llengua que la universitat té l'obligació de conrear, de respectar. I aquest respecte comença amb considerar com a natural i necessari aquest viure completament en català que acabem d'esmentar. I aquest viure completament en català comença pel fet també necessari que tot l'ensenyament es faci en català i que lògicament tot l'estudi es faci en llibres de text escrits en català o traduïts al català. Els estudiants han perdut l'hàbit d'estudiar medicina en llibres escrits en català, tot i que pensin i parlin en la nostra llengua, perquè l'hàbit diglòssic i el conformisme lingüístic estan lamentablement massa arrelats. Ni l'estudiant demana textos en català ni quan n'hi ha un se li sol oferir. La nostra universitat és, encara, insistim, al cap de quasi un segle de l'inici de l'enorme esforç lingüístic de l'Institut d'Estudis Catalans i de la contribució inestimable en l'àrea concreta de la medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, profundament diglòssica i nosaltres ho acceptem, amb aquesta

conformitat i amb aquesta tendència acomodaticia que tenim els catalans, com a un fet inevitable. Mercè Piqueras afirma que si bé avui dia és habitual que s'usin llibres de text catalans en els ensenyaments elemental, mitjà i en el batxillerat, en arribar a la universitat la situació es capgira i molt especialment per als estudiants que segueixen estudis científics i tècnics. La gran majoria d'obres de consulta i d'estudi que s'utilitzen a les carreres està solament traduïda al castellà, circumstància que interfereix valorablement la normalització del nostre llenguatge científic i això, tot i acceptant, per descomptat, l'anglès com a llengua de comunicació universal per a la cultura científica. I és que, com dèiem abans, la traducció a la llengua minoritària o minoritzada no és rendible, atès l'elevat cost de la traducció i de l'edició. Els interessos econòmics dominen, doncs, també en aquesta àrea, com en tantes altres, sobre les necessitats culturals i immersos en la nostra conformitat de poble subordinat i província, ni tan sols es reflexiona, amb les màximes profunditat i exigència, sobre l'esforç econòmic que caldria esmerçar. I és que el país necessita una política cultural més ambiciosa, necessita d'una alta política cultural, necessita emprendre una gran volada cultural que en el cas de l'estudi en llibres de text català s'hauria de concretar en el disseny d'un gran projecte, acceptant, per descomptat, que durant uns quants anys hom tindria la sensació d'escàs progrés, ja que el procés de vèncer l'hàbit ben arrelat d'estudiar en textos castellans i de superar les previsibles interferències de tota mena que sorgirien seria lent, difícil i feixuc.

L'ús del català per part dels professionals de les ciències de la salut pateix no solament les conseqüències derivades de l'escassa estimació que molts d'aquests professionals senten per la seva llengua, sinó també de les que resulten de la indiferència lingüística força generalitzada de les generacions més joves. La nostra universitat, a més a més, no s'ha després suficientment del llast centralista i creix encara sense prou consciència del seu transcendental paper en el lent i difícil procés de la nostra recuperació cultural. Lluny

Quant la universitat sigui totalment catalana començarà la veritable renaixença

d'assolir una funció capdavantera es deixa portar per la tibiesa que impera en el conjunt de la nostra societat, liderada per una classe dirigent que en gran part es mostra passiva i conformista en relació amb la situació preocupant de la nostra llengua i en moltes altres qüestions. D'acord amb l'informe sobre política lingüística de la Direcció General de Política Lingüística de l'any 2000, mentre el 94-97% dels ciutadans de Catalunya entén el català, solament al voltant d'un 75% el pot parlar i llegir, mentre que només el 45.8% el pot escriure. Només un 23.5% llegeix preferentment premsa escrita en català, mentre que un 52.6% la llegeix preferentment en castellà amb un 19.1% que ho fa indistintament en català i castellà. Solament al voltant d'un 35% és usuari dels mitjans audiovisuals en català, i aproximadament un 30% els prefereix en castellà i un altre 30% no manifesta cap preferència. És altament expressiu que, existint a Catalunya una gran afeció a l'esport, la massa fanàtica d'arrels catalanes que discuteix en català les vicissituds dels seus equips, llegeixi les notícies esportives preferentment en castellà, en diaris que es titulen *Mundo Deportivo* i potser per dissimular un xic *Sport* i sense que fins fa només un any un sector crític minoritari hagi condicionat l'aparició d'*El 9*, el primer diari esportiu escrit en català al cap de més de dues dècades de pretesa normalització cultural. I no parlo del cinema on la llengua catalana és clarament l'excepció i tampoc del camp de la Justícia i dels fedetaris públics, on el domini del castellà és encara insolent. Fins i tot a l'escola i en plena política d'immersió lingüística, mentre els mestres ensenyen als nens en les dues llengües, la llengua de les joguines és la castellana i els cromos, els gogo's i totes les col·leccions estan editats també en castellà, el qual esdevé així l'única llengua que els nens empenen en l'ús d'aquests jocs i entreteniments.

I tot això succeeix sense suscitar gaires reaccions i dintre del marc d'una mena d'acord tàcit per no parlar de la minorització del català, per prioritzar una convivència equivocada a costa del sacrifici de la llengua.

Tornant a l'àmbit de la medicina, com podem esmenar i reconduir aquesta situació? Doncs, estimant i defensant el nostre país i prenent consciència de la nostra responsabilitat cultural com a universitaris i, sobretot, si som universitaris catalanoparlants. Si pensem i parlem habitualment en català hauríem de fer l'esforç d'aprendre a escriure'l i de fer les històries clíniques, els cursos clínics i els informes en català i hauríem de tenir cura de fer constar totes les nostres senyes d'identitat catalana en els nostres treballs i col·laboracions estatals i internacionals en castellà o en anglès. La nostra inquietud ha d'anar encara més enllà i si volem contribuir al fet que el nostre llenguatge científic i mèdic en general tingui un cert ressò més enllà de casa nostra, hem d'estar pensant la manera que certes activitats pensades, generades i elaborades en català puguin ser donades a conèixer a la comunitat científica internacional en anglès, però sense deixar de palesar la identitat estrictament catalana. Perquè estem parlant d'una llengua plenament normalitzada que, en contrast amb la gran problemàtica que està vivint, disposa d'un *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*, el diccionari especialitzat més extens que ha aparegut mai en llengua catalana, que acaba de conèixer l'any 2000 la segona edició i que situa el nostre llenguatge mèdic entre els més privilegiats de totes les llengües cultes.

Vet aquí, doncs, com un professional dedicat a la ciència i que tal vegada ha estat distingit avui exclusivament per aquesta trajectòria científica, decideix dedicar aquest espai d'avui, que tant agraeixo, a parlar d'aspectes culturals i lingüístics. Pertanyo a

una generació que durant anys inacabables s'ha sentit víctima de la perversa manipulació de la sagrada unitat que formen la paraula i el pensament, violentada a través de l'agressió a la llengua pròpia. Em vaig trobar ben avançats els 30 anys que no sabia escriure les paraules a través de les quals pensava, a una generació que no sabia compondre les paraules que configuraven els seus sentiments i que havia d'emprar tristament el "*te quiero*" perquè no sabia escriure ni tan sols "t'estimo". Però vaig també experimentar la feliç sensació de poder recórrer durant més de 3 dècades el carn apassionant de la recuperació del patrimoni cultural i lingüístic que m'havia estat manllevat. I així he pogut servir al país i a la meva cultura des de la meva professió, a l'hospital, a la universitat i a tots els àmbits on he estat present.

Sé perfectament que molts dels qui heu tingut l'amabilitat d'escoltar-me, us haureu qüestionat si tot això val la pena, si tot això justifica un esforç, que la vida es pot viure sense aquestes complexitats. I admeto, a més a més, que és lògic que pensin així els qui tenen per exclusiu objectiu, indiscutiblement legítim, viure simplement sense mals de cap. Però, personalment, vull fer palès que aquest esforç ha valgut la pena, perquè m'he trobat a mi mateix i he trobat una immensa pau en l'exercici de la fidelitat a les meves arrels, a la meva identitat.

I acabem recordant les paraules que fa quasi un segle, l'any 1913, en Miquel Arcàngel Fargas pronuncià en el Primer Congrés de Metges de Llengua Catalana, en moments en els quals el català científic i mèdic estava tot just despertant del seu llarg silenci: "L'instrument de què disposa l'home en ses funcions de relació, dintre del món científic, està format en gran part per la parla, fonètica o gràfica; doncs, aquesta funció que desempenya el llenguatge sols té aquella espontaneïtat, aquella senzillesa, aquella flaire, aquella qualitat pròpia de secreció intel·lectual, quan s'usa la llengua mare, la personal, la pròpia."

Dr. Jordi Sans-Sabrafen
President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Membre de l'Institut d'Estudis Catalans

L'entrevista motivacional

La motivació del pacient és una eina imprescindible per produir canvis en el seu estil de vida, ja que facilita que el propi pacient s'impliqui en el tractament. És important passar del concepte d'aconsellar i informar al de motivar per arribar a una col·laboració mútua i aconseguir clarificar els objectius d'una manera realista i acceptable. L'entrevista ha de ser "un estil d'assistència directa, centrada en el client, que pretén provocar un canvi en el comportament, ajudant a explorar i resoldre ambivalències". L'empatia i l'escolta seran imprescindibles per dur-la a terme.

Dra. Montse Esquerda · *Pediatra. ABS Pla d'Urgell Psicòloga*

"El professional de la salut ha d'ajudar els seus pacients a assolir la màxima potencialitat de salut que cada persona pot assolir"

Miller

Fins fa molts pocs anys, l'activitat essencial del metge havia estat centrada en el tractament de la malaltia o de les seves seqüeles i s'havia basat en la resolució de la demanda explícita del pacient. De fet, la paraula *medicina* deriva etimològicament de *medere*, que vol dir curar. La salut global de la població ha evolucionat de forma espectacular en el darrer segle i no cal oblidar que hem passat d'una esperança de vida a Espanya l'any 1900 de 34,7 anys a 73,8 l'any 2000. Aquesta millora espectacular respon no tan sols als avenços mèdics, sinó que en bona part correspon a la millora de les condicions de vida, de l'alimentació i dels paràmetres higienicoambientals.

Des d'una visió inicial més intervencionista s'ha anat evolucionant cap a una visió de la medicina que abraça l'activitat preventiva i dintre d'aquesta activitat és fonamental la promoció de la salut en els nostres pacients. Una eina imprescindible és la motivació del pacient per produir un canvi en el seu estil de vida i aquesta es pot aconseguir, entre altres mitjans, amb l'entrevista motivacional.

L'entrevista motivacional ha sorgit del camp de la psicologia, principalment del camp de les drogoaddiccions però s'ha anat estenent a altres camps de la medicina com són el canvi o la modificació d'hàbits, d'alimentació, promoció de l'exercici físic, adquisició d'hàbits saludables, etc.

Moltes persones que acudeixen a les nostres consultes no valoren com a problema els hàbits dietètics o la

manca d'exercici, o fins i tot en cas que ho valorin com un problema de salut poden no disposar de les estratègies necessàries per canviar-los. Recordem que existeix una dissociació clara entre informació i canvi de conducta, i es donen ambivalències com per exemple molts sanitaris que fumen i estan perfectament informats del dany que els produeix el tabac però no són capaços d'abandonar l'addicció, o la majoria dels nostres adolescents que estan ben informats de les mesures anticonceptives i del perill de la sida, però amb freqüència no empenen cap anticonceptiu en les seves relacions. Hem d'aconseguir passar del concepte d'aconsellar i informar al de motivar.

L'entrevista motivacional ens ofereix eines per abordar la qüestió de la manca de motivació per canviar o per quan existeix algun interès per canviar de conducta però en un futur o pels que acudeixen a la consulta motivats però no són capaços de seguir les instruccions i abandonen.

Concebuda, com ja hem comentat, per motivar al canvi a les persones que pateixen alguna mena d'addicció per Miller i Rollnick. Els mateixos autors defineixen la motivació com "la probabilitat que una persona comenci i continuï adherint-se a una determinada estratègia de canvi" i l'entrevista motivacional com "un estil d'assistència directa, centrada en el client, que pretén provocar un canvi en el comportament, ajudant a explorar i resoldre ambivalències".

Algunes estratègies motivacionals que han demostrat la seva eficàcia són les següents (resumides a la taula 1):

1. Donar informació i aconsellar. El model mèdic tradicional amb freqüència es basa en els consells d'un expert

Principis generals de l'entrevista motivacional	Expressar empatia Desenvolupar la discrepància Evitar la discussió Eliminar la resistència Donar suport a l'autoestima
Com promoure la motivació pel canvi	Fer preguntes obertes Escoltar reflexivament Reafirmació Resumir periòdicament Provocar afirmacions automotivadores
Elements bàsics per produir la motivació pel canvi	Proporcionar retroalimentació Fer èmfasi en la responsabilitat del pacient i la llibertat d'elecció Consell directe i clar que necessita canviar i com fer-ho Ésser empàtic Augmentar l'autoestima

Taula 1. Adaptat de Milles, 1995 i Miller & Rollnick, 1999

MODEL INFORMATIU	MODEL MOTIVACIONAL
Dóna consells d'expert	Estimula la motivació
Intenta persuadir Repeteix els consells	Resumeix els punts de vista del pacient
Actua amb autoritat	Aproximació col·laboradora
És ràpid	D'aplicació progressiva

Taula 2. Miller & Rollnick, 1991

que actua amb autoritat, mentre que el model informatiu motivacional es basa en una col·laboració mútua (veure taula 2). La informació ha d'identificar els problemes, explicar el perquè de la necessitat del canvi i facilitar opcions.

2. Eliminar obstacles. Aconseguir una intervenció en un temps curt facilita que el pacient acudeixi i s'impliqui



en el tractament.

3. Donar diverses opcions perquè el pacient pugui triar. És molt important que existeixi una elecció lliure per part del pacient per augmentar la motivació personal. La sensació que ha elegit per ell mateix augmenta l'adherència al tractament i el seu seguiment. També és important discutir entre diferents possibilitats, metes i objectius.

4. Disminuir els factors que fan que la conducta de consum sigui desitjable. La conducta additiva o els hàbits inadequats es mantenen per conseqüències positives. S'han d'identificar aquestes conseqüències per eliminar-les o disminuir-les. Cal analitzar els pros i els contres de la conducta, els costos i els beneficis.

5. Promoure l'empatia. L'empatia, l'escolta reflexiva i la capacitat de comprendre el pacient afavoreixen menors nivells de "resistència" al canvi.

6. Donar retroalimentació. Cal donar retroalimentació contínua al pacient, tornar la informació que recull, sobre com el veu, la seva situació actual, els riscos i les possibles conseqüències.

7. Clarificar els objectius. Si una persona no té els objectius clars, la retroalimentació pot no ésser suficient. Els objectius que es plantegin han d'ésser realistes i acceptables.

8. Ajuda activa. Malgrat que sempre és el pacient qui decideix o no canviar, és important el paper actiu del professional per afavorir aquest canvi.

És també important identificar en primer lloc en quina de les etapes del canvi es troba el pacient (figura 1). L'any 1986, Prochaska i DiClemente van definir una sèrie d'etapes en la consecució d'un canvi de conducta:

- Precontemplació: la conducta no es veu com un problema i l'individu expressa poc desig de canviar.

- Contemplació: la persona comença a ésser conscient que existeix alguna mena de problema, està buscant activament informació i es planteja seriosament el canvi.

- Preparació per al canvi.

- Acció: l'individu ha iniciat activament la modificació de la seva conducta.

- Manteniment de la conducta (durant uns 6 mesos).

- Recaiguda o finalització.

En cada fase del canvi convé un diferent enfocament per part del terapeuta. En general, per iniciar un procés d'entrevista motivacional convé:

- Fer preguntes obertes sobre què és el que els preocupa.
- Exercitar l'escolta reflexiva. Intentar entendre què significa per al pacient allò que ens diu.
- Fer sumaris del més important del que s'ha dit.
- Destacar i donar suport als aspectes positius.
- Afavorir i provocar afirmacions d'automotivació.

Finalment, no cal oblidar que l'entrevista motivacional és una tècnica i, com a tal, requereix una sèrie de coneixements i una pràctica per posar-la en marxa. Però, tal com deia un filòsof, les coses no són difícils de fer, el que és difícil és ficar-nos en la disposició de fer-les. Què és més difícil? El fet motivar per al canvi dels hàbits de salut als nostres pacients o el fet de motivar-nos per al canvi a nosaltres mateixos per trobar noves maneres d'enfocar la relació metge-malalt.

Abordatge del canvi d'estil de vida

Dra. Virginia Sánchez Fernández · *Metge de família*
Dr. Manel Pena · *Metge de família. ABS Mollerussa*

"Som allò que fem repetidament. L'excel·lència, doncs, no és una acció, sinó un hàbit."

Aristòtil

Són nombroses les malalties en les quals es demana a qui les pateix modificar el seu estil de vida.

Les conductes que més freqüentment requereixen un canvi són: el tabaquisme, la sobrealimentació, l'excés de consum d'alcohol i l'estil de vida sedentari, entre altres.

Per tal d'abordar per part del professional mèdic aquest aspecte, hi ha una primera aproximació que parteix de la base que el pacient ha de modificar la seva conducta tan aviat com el professional li faci saber que s'ha detectat un problema de salut. La tasca del professional és aleshores simplement indicar-li quina hauria de ser la nova manera de fer més sana: "cal deixar de fumar" o "cal aprimar-se", "ha de seguir aquesta dieta", serien bons exemples d'aquesta aproximació.

En la pràctica, aquest mètode no acostuma a funcionar i en la major part dels casos el pacient persisteix en els antics hàbits. Els motius són diversos.

Per una banda, el nostre estil de vida està molt arrelat en la nostra rutina i amb ell compensem moltes tensions de la vida diària. Així, si estic bé, prenc un copa o si estic nerviós, fumo una cigarreta. Per altra banda, és possible que per a aquell pacient el fet de deixar de fumar o de beure sigui en aquell moment l'última prioritat a assolir.

Tres escoles psicològiques han ajudat a reenmarcar l'abordatge del canvi d'estil de vida.

L'entrevista motivacional (*motivational interviewing*) de Miller ens ensenya que el pacient vol per sobre de tot conservar la seva sensació de llibertat. I que si es troba pressionat reaccionarà defensant-se contra allò que ell no ha escollit. Caldrà, doncs,

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

respectar en tot moment la llibertat del pacient. Segons aquesta escola, nosaltres hem de ser acompanyants o facilitadors del procés de canvi del pacient i ell ha de ser en tot moment qui condueixi.

James Prochasca *et al.*, com ja s'ha comentat, situen el pacient en funció de la seva actitud per al canvi d'estil de vida en 5 estadis que van des del precontemplatiu al de manteniment. Cada estadi requeriria diferent tècnica d'abordatge.

Per determinar l'estadi en què es troba el pacient, Prochasca proposa que el pacient respongui en quina de les següents afirmacions està d'acord:

- Jo vaig resoldre el meu problema fa més de 6 mesos.
- Estic treballant en la resolució del meu problema en aquests 6 últims mesos.
- Intentaré passar a l'acció en el proper mes.
- Intentaré passar a l'acció en els propers 6 mesos.

Si el pacient respon no a totes les afirmacions està en l'estadi precontemplatiu; en el qual el pacient no vol veure cap problema, són típiques les frases: "d'alguna cosa has de morir", "el meu padri va morir amb 95 anys i fumava".

Els contempladors responen solament sí a la 4 i no a la resta d'afirmacions. En aquesta etapa comencen a tenir dubtes, sopesen els pros i contres, encara que no es veuen amb cor d'intentar un canvi. "Hauria de deixar de fumar perquè porto molts anys fent-ho."

Els de l'estadi de preparació responen sí a 3 i 4 i no a la resta. En aquest moment, la persona decideix fer un canvi i hi fica tota la confiança en poder controlar la nova conducta. "El dia del meu aniversari deixaré de fumar."

Si respon sí a la 2 i no a la 1 està en l'estadi d'acció, on es fica en pràctica la decisió presa. A partir d'aquí el pacient ha de concentrar-se en consolidar el canvi, ja que les temptacions (atracció per la conducta antiga) estan presents.

Si es respon que sí a la 1 estem en l'estadi de manteniment. Les recaigudes en la conducta habitual i estadis anteriors solen ser freqüents.

L'ajuda que el professional pot oferir als seus pacients consisteix en facilitar avenços cap al següent estadi, coneixent les necessitats específiques de cada situació. Així, en l'estadi precontemplatiu hem de crear un clima de confiança tot aprofitant cada oportunitat i moment per crear contradiccions internes i fer que aflorin els motius de preocupació. Quant a l'estadi de contemplació ens hem de centrar a mobilitzar-lo cap a l'etapa de determinació, tot utilitzant tècniques de suport narratiu per augmentar la dissonància cognitiva del pacient (discordància entre coneixement i conducta); tot això per descomptat dintre d'un clima empàtic.

Quan hem assolit la determinació cap al canvi, no hem de tenir pressa i hem d'analitzar un pla d'acció amb objectius

concrets i realitzables a mitjà i curt pla. "Suprimir l'ingesta d'alcohol o disminuir-la?" El fet que el pacient verbalitzi el seu compromís augmenta les probabilitats d'èxit.

En l'estadi d'acció el pacient ens pot dir que és ara realment quan nota que té realment el control de la seva vida; és realment un moment molt dur i estressant. Li hem d'incrementar el sentiment d'autoeficàcia, tot oferint-li informació sobre d'altres models que hagin tingut èxit. Hem d'estar a l'aguait per proporcionar suport, si fos necessari, i minimitzar la freqüència de les recaigudes.

El desenvolupament d'estratègies i habilitats per afrontar situacions d'alt risc de recaigudes i consolidar així la nova conducta és la tasca a realitzar en l'estadi de manteniment. "Què fer quan t'ofereixen tabac?"

Les recaigudes s'han d'entendre dins del procés d'aprenentatge, com és el canvi d'hàbits molt arrelats. Hem d'adoptar una actitud càlida, exempta de punicions i amb un missatge clar: "la patinada" ocasional no ha d'implicar una recaiguda i és molt diferent de la recaiguda mantinguda en el temps.

Les tècniques d'entrevista motivacional són extremadament útils per als metges d'Atenció Primària, ja que aporten la continuïtat de l'atenció que tan important és per a una relació basada en la confiança. Existeixen dos principis bàsics que centren aquest plantejament: evitar la confrontació amb el pacient, situació freqüent quan ens centrem en informar i el pacient no està segur de si desitja aquest canvi. També és important que ell verbalitzi els motius de la seva preocupació.

L'entrevista té quatre moments diferenciats. A l'inici, s'ha d'intentar introduir el problema mitjançant preguntes obertes i demanant permís (Vols parlar de...?). A través de tècniques de suport narratiu podem explorar els motius de la seva preocupació (Quines dificultats creus que tens per deixar de fumar?). La següent etapa de l'entrevista és l'escolta

reflexiva mitjançant preguntes obertes (Dius que quan comences un règim et fiques trista i apagada?).

Per finalitzar, farem un resum d'allò que el pacient ens ha expressat i li preguntarem si és correcte (T'he comprés bé?).

La tercera escola és l'americana amb el *counseling*, paraula d'origen saxó que es podria traduir com: "Consell assistit, relació d'ajuda o assessorament." L'objectiu últim del *counseling* és millorar la salut del pacient-usuari-client; mentre que l'objectiu intermig és tenir cura del professional ("cuidar el cuidador") per tal que aquest pugui treballar de forma més eficaç per arribar al seu objectiu final i, a més a més, ho faci en el menor cost possible. Aquestes habilitats que configuren el *counseling* són també útils en altres camps de les relacions humanes com per exemple les que establim amb els companys de feina, els familiars, etc.

La utilitat màxima són: les relacions en les quals hi ha alteracions emocionals (angoixa, ansietat, desmotivació, por, ràbia, etc.), quan s'han de comunicar males notícies i també en la seva vessant preventiva, és a dir, on encara no ha aparegut cap alteració emocional, en tot cas, minimitzar-les si apareguessin.

"La salut és un dret, no una obligació"; per això el que millor sintetitza la idea principal del *counseling* és la del professional que "facilita": coneixements, instruments, habilitats, suggerències, alternatives, etc. per tal que el pacient decideixi allò que "ell" mateix considera l'opció més adequada.

Tres són els grups d'habilitats bàsiques per a l'aplicació òptima del *counseling*: habilitats emocionals, de comunicació i la darrera, però no menys important, l'habilitat de motivació pel canvi.

Quan ens referim al camp emocional, el que no volem és eliminar o reprimir aquests sentiments visceralis; ja que ens poden ser útils perquè ens creen la necessitat de buscar solucions i d'actuar. L'objectiu és que tot això no desbordi el professional, ni en la seva intensitat ni en la duració i es perdi la seva funcionalitat.

La comunicació és l'eina bàsica en les relacions interpersonals i a través d'ella s'aborden les emocions dels pacients i s'estimulen els canvis. Per tot això, és molt important tenir cura de la relació amb el pacient, tant a nivell verbal –allò que es diu– com no verbal –el com es diu–. El risc més gran que es corre quan es parla de comunicació és pensar que comunicar-se amb algú és fer teatre.

És recomanable fer-se una pregunta per no fer el "paperina" davant el pacient: "Què és realment allò que puc entendre/comprendre del que aquest senyor em diu?" Si la resposta és "res", se suggereix que no s'intenti empatitzar. D'altra banda, si la resposta és sí, aquest professional tindrà una relació amb molta credibilitat.

En resum, el *counseling* beneficia el professional de la salut, el qual pot treballar de forma més eficaç, còmoda i satisfactòria en els seus objectius.

S'entén per anestèsia regional una anestèsia perifèrica que bloqueja la sensibilitat dolorosa per inhibició de l'impuls nerviós mitjançant l'ús d'anestèsics locals i/o fàrmacs coadjuvants.

Les tècniques regionals no només són una alternativa a l'anestèsia general per a les intervencions quirúrgiques sinó que també són útils per "cobrir" (com els narcòtics) els requeriments analgèsics durant la cirurgia, en combinació amb una anestèsia general poc profunda. Són exemples d'això un bloqueig de penis (per cirurgia de fimosis, per exemple) o un bloqueig del plexe braquial (per cirurgia d'espatlla, braç o mà) o un bloqueig epidural lumbar o toràcic (per cirurgia abdominal), combinats amb una anestèsia general "suau". Aquestes combinacions ens permeten prescindir de l'administració d'opiacis durant la cirurgia o bé en redueixen les necessitats.

Durant els últims anys s'observa en el camp de l'anestesiologia un augment progressiu de l'ús de l'anestèsia regional en detriment de l'anestèsia general. No es tracta d'una simplificació sinó d'un canvi; les tècniques regionals impliquen igualment la necessitat d'un metge especialista ben preparat (tant per portar-les a terme com per prevenir o tractar possibles complicacions) i d'un material i d'una monitorització adients per portar a terme les diverses tècniques amb seguretat i efectivitat. Les tècniques regionals no tenen un risc anestèsic menor que les generals; els riscos són diferents.

A nosaltres ens agraden especialment les tècniques regionals: ens permeten reduir la quantitat de fàrmacs que calen durant l'anestèsia, eviten la intubació endotraqueal, permeten una recuperació més ràpida de les funcions superiors, eviten el dolor en el postoperatori immediat i permeten portar a terme un pla d'analgèsia postoperatori (en contrast amb l'anestèsia general, les tècniques regionals poden continuar-se durant el període postoperatori).

Cal sotmetre els pacients a una avaluació igual de completa que si es tractés d'un candidat a l'anestèsia general. Cal explicar-los com serà el procediment al qual seran sotmesos i obtenir-ne igualment el consentiment informat. La preparació del pacient inclou també les mateixes recomanacions de dejú que en l'anestèsia general; el motiu és evitar el risc de broncoaspiració davant de possibles complicacions o davant la necessitat de procedir a una anestèsia general per un bloqueig incomplet o bé per canvis en la tècnica quirúrgica, per exemple.

Hi ha molt poques indicacions o contraindicacions absolutes per l'anestèsia regional i, en la majoria de situacions, l'estat físic del pacient i l'habilitat de l'anestesiòleg són els factors més importants a l'hora d'escollir una tècnica anestèsica. Són, però, contra-



Utilització del neuroestimulador

Anestèsia regional

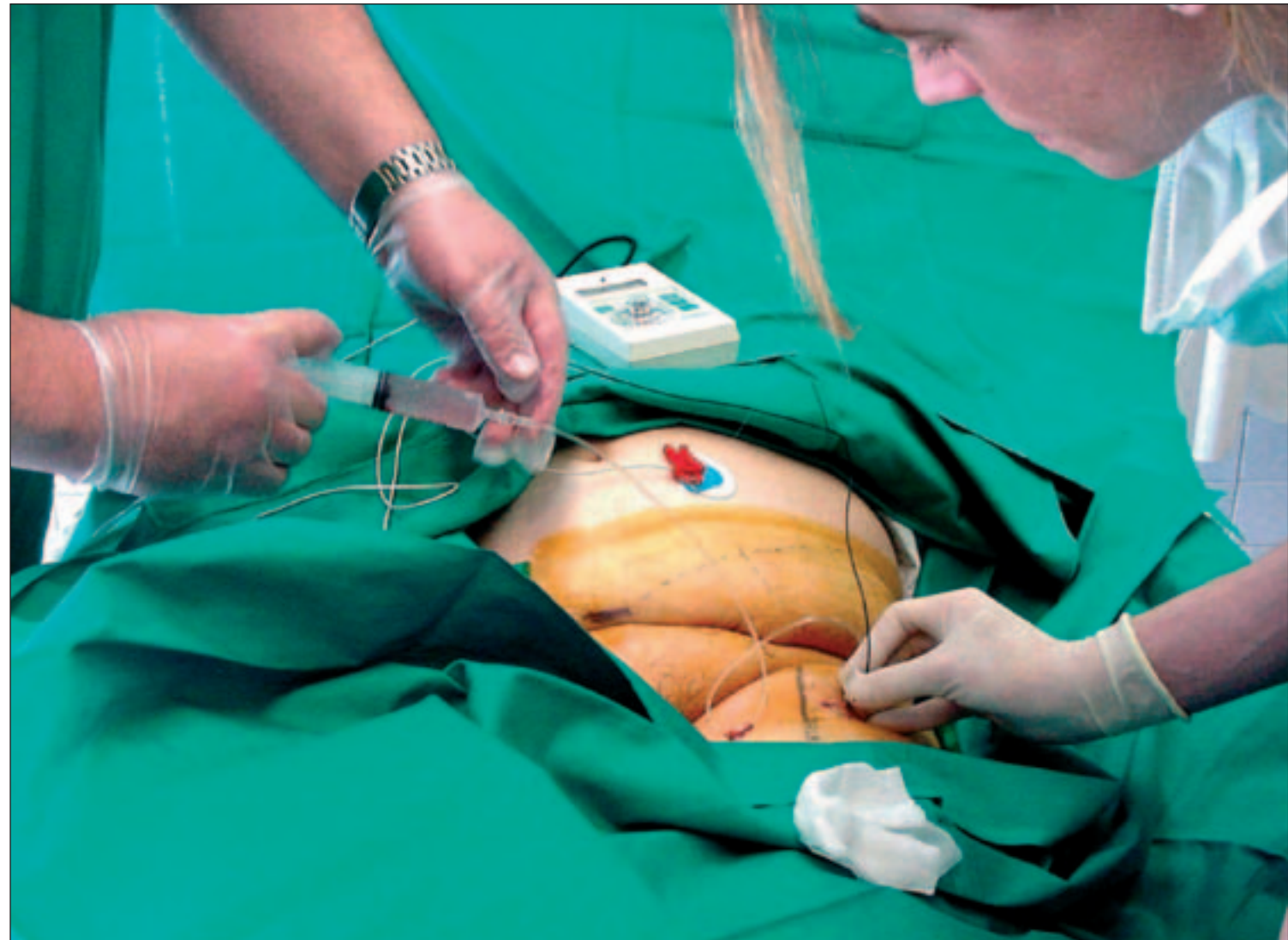
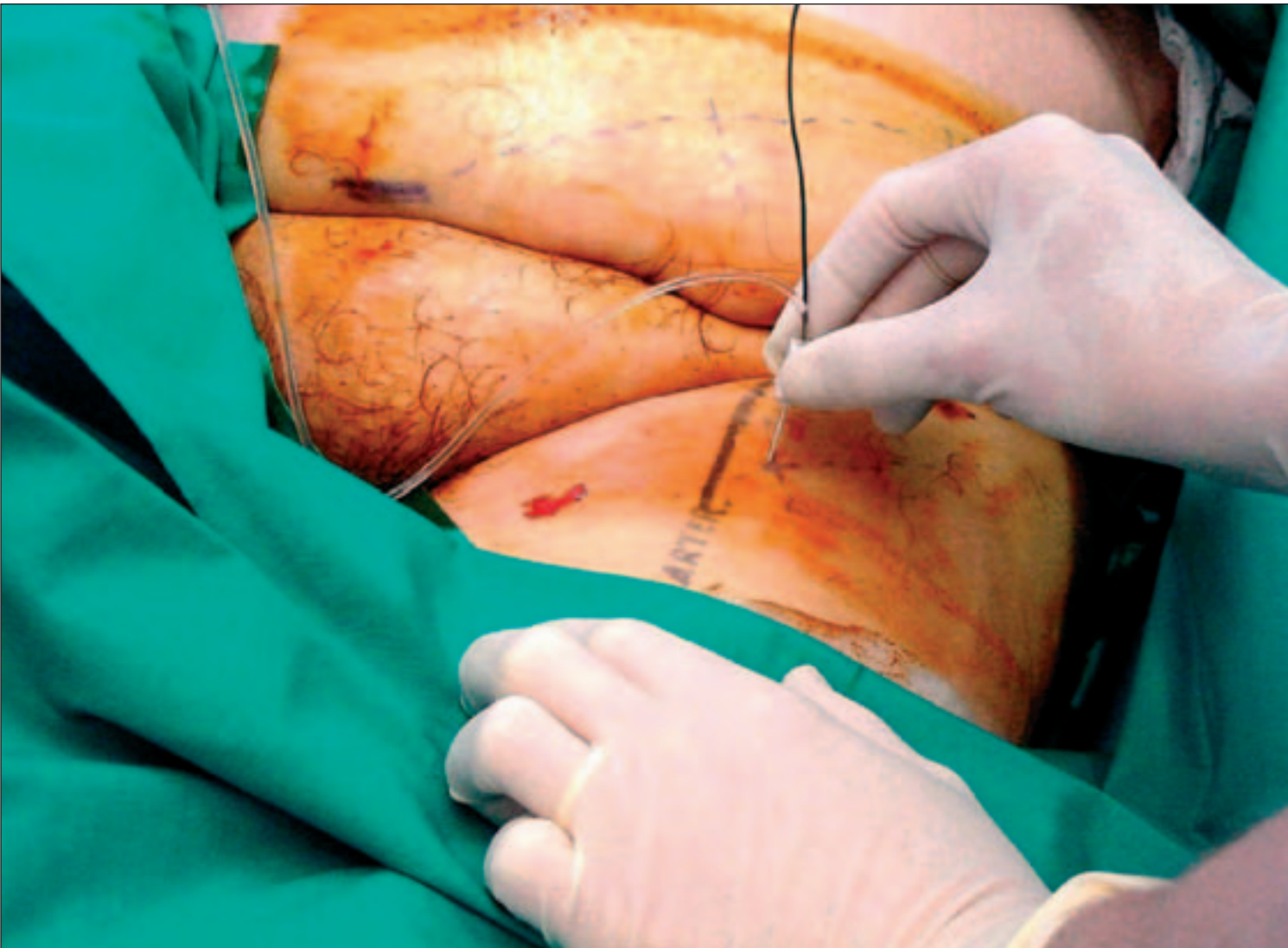
Dra. Rosa Urgell, Dra. Montserrat Torra, Dr. Gregorio Marco, Dra. Reis Drudis, Dra. Dolors del Pozo, Dr. José J. Marrodán
Servei d'Anestèsia, Hospital de Santa Maria, Lleida

indicacions absolutes: la manca de consentiment del pacient, infecció en el lloc de punció, anticoagulació total i en el cas d'un bloqueig central també el xoc hipovolèmic. Un cop descartat això cal valorar els possibles efectes del bloqueig sobre la patologia que pugui tenir el pacient.

Sovint hi ha contraindicacions relatives relacionades amb possibles problemes medicolegals. Un dèficit neurològic preexistent pot ser una raó per evitar l'anestèsia regional malgrat que

aquesta no tingui perquè agreujar la malaltia. En cas de neuropaties perifèriques cal deixar ben documentat preoperatoriament quins són els dèficits existents per tal de no atribuir-los a una complicació de l'anestèsia en el postoperatori. Molts anestesiòlegs prefereixen en aquests casos no usar tècniques regionals per evitar que possibles canvis neurològics en el postoperatori siguin atribuïts falsament a

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

l'anestèsia. El mateix passa en casos de dolor lumbar crònic, per exemple.

Les contraindicacions relatives amb les quals ens trobem més freqüentment poc tenen a veure amb la cirurgia ni amb l'estat del pacient; són el temps del qual disposem i la pròpia experiència. Per portar a terme qualsevol bloqueig cal un temps per realitzar la tècnica i posteriorment per permetre a l'anestèsic local arribar i actuar sobre el teixit nerviós. La nostra experiència en la realització de les múltiples tècniques existents és una altra limitació; en una situació urgent, la manca d'entrenament o d'experiència en una tècnica determinada és una contraindicació relativa a la seva realització.

En algunes situacions (tant per la cirurgia com per l'estat físic del pacient) pot haver-hi més interès en preservar l'estat mental i els reflexes normals. N'és un exemple la ressecció transuretral de pròstata on pot haver-hi una reabsorció del líquid d'irrigació que pot portar a una hiponatremia dilucional i a un edema cerebral. L'anestèsia regional permet la detecció precoç dels canvis mentals associats a aquesta síndrome. Un altre exemple és l'endarterectomia carotídia (on les tècniques

regionals permeten una valoració continuada de la funció mental com a indicador de la perfusió cerebral) o els casos en els quals no hi ha dejú (les tècniques regionals deixen intactes els reflexes protectors de les vies aèries). L'anestèsia regional és també especialment indicada en la vellesa, ja que sembla que provoca menys estrès psicològic i menys alteracions en l'estat mental.

Distingim entre les tècniques centrals, els bloqueigs nerviosos perifèrics i la infiltració local.

En els *bloqueigs axials* (espinal o epidural) s'interromp la conducció nerviosa a un nivell proper a la medulla espinal. Afegit al bloqueig sensitiu i motor causen també un bloqueig del sistema nerviós autònom tot causant repercussions cardiovasculars i sobre altres sistemes que cal contrarestar.

En els *bloqueigs de nervis perifèrics* injectem anestèsic local al voltant del nervi que volem bloquejar. Per aquest motiu, per localitzar el nervi sovint usem el neuroestimulador; és un aparell capaç d'emetre una corrent elèctrica que permetrà la despolarització de la fibra nerviosa. Mitjançant una agulla, que actua com si fos un elèctrode, s'envien impulsos nerviosos que quan arribin al nervi provocaran la



despolarització de la fibra nerviosa tot evidenciant la contracció de la musculatura. S'inclouen aquí bloqueigs en qualsevol territori del cos.

La *infiltració local* inhibeix la transmissió nerviosa en les terminacions

sensorials. S'usa per cirurgia menor o per reduir l'hemorràgia operatoria tot afegint adrenalina a la solució utilitzada.

Per procedir a qualsevol tipus de bloqueig cal fer-ho utilitzant una tècnica estèril. Habitualment les realitzem a la sala d'operacions o a la de reanimació on tenim accés a preses de buit, oxigen, monitorització adient i personal entrenat per atendre de manera efectiva qualsevol complicació durant la realització de la tècnica (com ara injecció intravascular o reaccions al·lèrgiques, per exemple).

La durada del bloqueig i l'aparició o no de possibles efectes secundaris (com canvis hemodinàmics) depenen tant dels tipus de bloqueig i del tipus d'anestèsic local que fem servir com de l'ús de mesures físiques (com l'administració de líquids) i farmacològiques (com vasopressors o anticol·línrgics) per contrarestar-los.

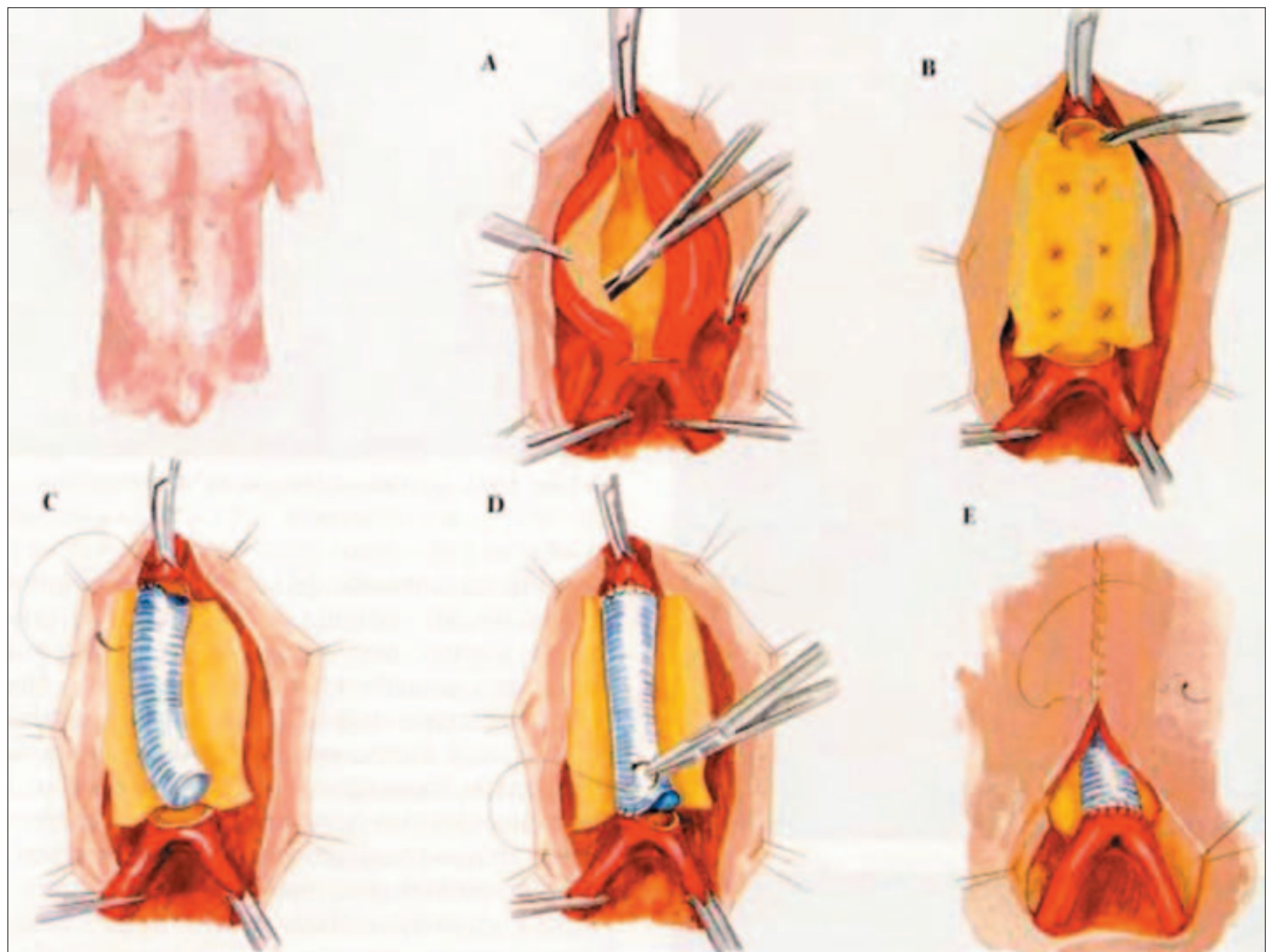
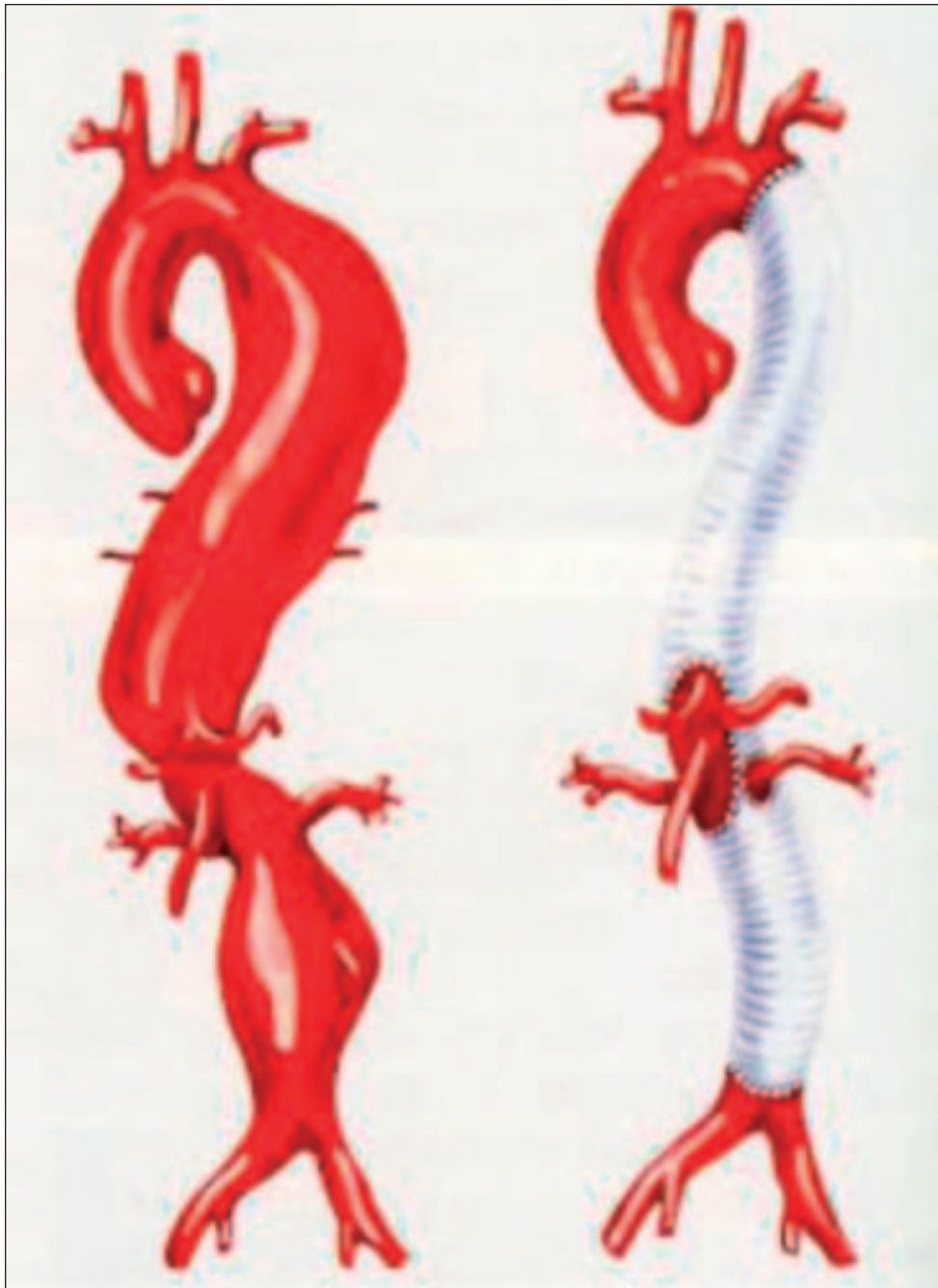
Els anestèsics locals més utilitzats són: lidocaïna, bupivacaïna, mepivacaïna i ropivacaïna. I amb ells fem servir fàrmacs coadjuvants per tal de reduir-ne la dosi reduint així, també, els efectes secundaris i la toxicitat. Opiacis, clonidina, antiinflamatoris i corticoides són alguns dels coadjuvants més utilitzats.

En general, tota anestèsia regional cal acompanyar-la d'algun grau de sedació. Aquesta és útil tant en el moment de realitzar el bloqueig per tal d'aconseguir una major col·laboració i benestar del pacient, com també durant la cirurgia.

El grau de sedació requereix variarà en funció del pacient i del tipus de cirurgia. Depenent del caràcter del pacient, de si està en una posició còmoda o no, de la durada del procediment quirúrgic, del cirurgià i de la qualitat del bloqueig, entre altres motius, podem requerir des d'una simple ansiòlisi fins a una hipnosi profunda.

Malgrat que molts especialistes tendim a decantar-nos per l'anestèsia regional sempre que sigui possible, cal que els pacients deixin sempre a les mans del metge especialista que l'haurà d'adormir quin és el tipus d'anestèsia més adient i amb un risc de complicacions més baix.

El tipus d'anestèsia més indicat no és aquell que obeeix al desig del pacient d'estar "despert" o bé de "no veure ni sentir res". Cal que un especialista valori de forma global l'estat del pacient, el tipus de cirurgia i de cirurgià, les indicacions i contraindicacions de cada tècnica i les possibilitats tècniques i personals en cada cas concret.



Avances tecnológicos en el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal

Con motivo de la primera implantación de una endoprotesis realizada en el hospital Arnau de Vilanova de Lleida en el tratamiento de un aneurisma de aorta abdominal, he considerado oportuno realizar un artículo de revisión y actualización en los avances tecnológicos que se han producido en el tratamiento de esta grave patología en la última década.

Dr. José Luis de Frutos · Jefe de la Unidad de Patología Vascular del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

El envejecimiento de la población o, lo que es lo mismo, el espectacular aumento de la esperanza de vida de los países desarrollados, ha hecho

que las enfermedades degenerativas, ligadas al inevitable deterioro corporal, hayan aumentado enormemente su incidencia.

En este contexto, la enfermedad aneurismática de causa arteriosclerótica es un diagnóstico frecuente en la práctica diaria, por presentar una elevada incidencia en la población de edad avanzada, así como por la amplia

utilización de las exploraciones no invasivas en el diagnóstico clínico de múltiples enfermedades, como la ecografía, TAC, Eco-Doppler, RMN, etc. Siendo frecuente el hallazgo casual de un aneurisma aórtico asintomático después de una exploración de rutina o como consecuencia en la investigación de otras patologías.

La importancia de esta patología, además de por su gran incidencia, es por ser la causante de una elevada mortalidad como consecuencia de la evolución progresiva e inexorable de todos los aneurismas hacia la ruptura, contribuye, así, a la alta mortalidad de las enfermedades cardiovasculares que, como todos sabemos, es la principal causa de muerte en el mundo occidental.

Un aneurisma es una dilatación segmentaria e irreversible de una arteria. Se considera que la aorta es aneu-

rismática cuando tiene un diámetro superior a 3 cm, conlleva un crecimiento progresivo como consecuencia de la debilidad de las paredes de la arteria por la arteriosclerosis. Se localiza con más frecuencia en la aorta abdominal infrarrenal, el riesgo de ruptura del aneurisma está en relación, con su tamaño, y es el factor pronóstico más importante. Así pues, cuanto más grande es el aneurisma, mayor riesgo de ruptura.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de los aneurismas de aorta abdominal es uno de los capítulos más importantes de la historia de la cirugía de la segunda mitad del siglo XX.

La descripción al inicio de la década de los 50 de la historia natural de los aneurismas de aorta abdominal

y de su elevada mortalidad, a consecuencia de su ruptura, incentivó la idea de su tratamiento quirúrgico con el objetivo principal de evitar aquella complicación dramática. Charles Dubost, el gran cirujano francés del Hospital Broussais, realizó en 1951, en París y por primera vez, el tratamiento quirúrgico de un aneurisma de aorta abdominal mediante su resección y sustitución por un homoinjerto aórtico de cadáver.

Los años siguientes vinieron a demostrar el fracaso del comportamiento biológico de los homoinjertos, hecho que estimuló el desarrollo y la producción industrial de los sustitutos arteriales protésicos, generando un movimiento constante de perfeccionamiento que no ha cesado hasta nuestros días.

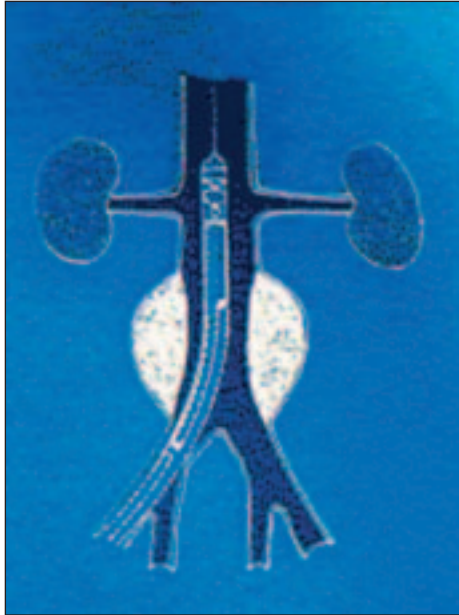
PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

La técnica actual del tratamiento del aneurisma abdominal fue estandarizada por Oscar Creech, en 1966, que en vez de la resección global del aneurisma, como había propuesto Dubost, retomó la idea original de la endoaneurismorrafia de Rudolph Matas, seguida de la inclusión intrasacular de una prótesis de Dacrón, fijada mediante anastomosis a nivel de la zona de aorta aparentemente sana.

Desarrollo actual

El estado actual de nuestro desarrollo, como los progresos que se registran simultáneamente en la anestesia, monitorización hemodinámica y cuidados intensivos postoperatorios, así como con la experiencia acumulada, traducida en los bajos índices de morbilidad operatoria, nos permite afirmar que todo aneurisma de aorta infrarrenal, con un diámetro máximo o superior a cinco centímetros y medio, debe ser objeto de tratamiento quirúrgico, cualquiera que sea su forma, localización o extensión, a menos que el paciente sea portador de un gran riesgo quirúrgico, o que exista una



contraindicación absoluta para anestesia general.

Los objetivos de la cirugía son, como se ha podido demostrar, la efectiva prevención de la rotura o el alargamiento de la esperanza de vida, una vez que el paciente se encuentra definitivamente libre de la enfermedad.

La mortalidad operatoria de la cirugía electiva de los aneurismas de aorta ha disminuido con el correr de los tiempos, estimándose que en la actualidad es del orden del 3,5-5%.

El análisis de los índices de supervivencia después de la intervención demuestra que la cirugía aumenta sig-



nificativamente la esperanza de vida de los individuos operados, lo que contrasta significativamente con la evolución de los casos no operados, con esperanza de vida mucho más reducida.

Estos índices comparativos de supervivencia permiten materializar el concepto de que la cirugía modifica eficazmente la historia natural de la enfermedad.

Entre sus virtudes se cita el hecho de tratarse de una solución definitiva, prácticamente "universal", ya que abarca todos los tipos y localizaciones de los aneurismas, siendo útil no sólo en circunstancias electivas, como prevención de rotura sino incluso cuando es más necesario, o sea, como tratamiento de la rotura establecida.

Como aspectos negativos hay que mencionar el hecho de que se trata de un procedimiento desagradable y doloroso para el paciente, requiriendo hospitalización, anestesia general y cuidados intensivos postoperatorios. Como hemos dicho, es causa de mortalidad y morbilidad significativa y trae consigo costes económicos considerables.



El desarrollo y expansión de la cirugía endovascular ocurre en un contexto histórico-sociológico muy particular. El declive de la cirugía en general como método terapéutico, paradigma del final del siglo XX, ha dado lugar a técnicas mínimamente invasivas, entre las cuales la cirugía laparoscópica se asume como la más emblemática y popular.

El envejecimiento de las poblaciones ha aumentado significativamente la realización de procedimientos quirúrgicos que permiten extenderse incluso a los más ancianos. La expectativa de los pacientes, alimentada por diversos medios de comunicación social, va en el sentido de obtener tratamientos de forma rápida, cómoda, fácil e indolora. La imperiosa restricción de los servicios de salud tiende a reducir drásticamente la duración de la hospitalización, así como el número de camas hospitalarias.

Juan Carlos Parodi, cirujano argentino contemporáneo, introdujo en 1991 una propuesta totalmente original para el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal. Ello consiste en la exclusión circulatoria del aneurisma

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

mediante una endoprótesis colocada por vía transfemoral, quedando la prótesis fijada por un mecanismo de presión ejercido por *stents*, a nivel proximal y distal.

La facilidad y simplicidad del método, bien aceptado por los pacientes, gerentes hospitalarios e industria, ha sido la base de un movimiento entusiasta caracterizado por experiencias múltiples y un notable progreso técnico de las endoprótesis.

Se discute si debe ser utilizado en individuos con buen riesgo quirúrgico, o por el contrario debe quedar reservado a aquellos pacientes portadores de alto riesgo para la cirugía convencional. Algunas características anatómicas se consideran como requisitos indispensables: la existencia de un cuello proximal, con extensión y diámetro adecuados, así como de unas arterias ilíacas permeables y de diámetro suficiente que permitan el paso del catéter que contiene la endoprótesis.

El carácter restrictivo de las indicaciones asociado a las múltiples contraindicaciones ponen en evidencia una faceta del tratamiento endovascular de los aneurismas aórticos que es su elevada selectividad. Por lo tanto, se cree, de acuerdo con diversas opiniones autorizadas, que solamente el 30-40% de los aneurismas diagnosticados en la clínica cumplen los criterios indispensables para el tratamiento endoluminal.

La inserción, el posicionamiento y la liberación de la endoprótesis, así como el mecanismo de fijación pueden ofrecer dificultades a nivel del cuello del aneurisma cuando éste es tortuoso, calcificado, ulcerado, afecto de ateroma friable o trombo mural, circunstancias no siempre previsibles. Una evaluación incorrecta del calibre de la prótesis puede producir discrepancias difíciles de solucionar. El conjunto de estos hechos lleva a que el procedimiento vaya acompañado por índices variables de fracasos técnicos o complicaciones.

La más frecuente de las complicaciones consiste en la incompleta fijación de la prótesis a la pared arterial originando puntos de fuga del flujo en el saco aneurismático denominados genéricamente como *leaks*. Los *leaks* o fugas impiden la exclusión completa del aneurisma de la circulación siendo un factor de mantenimiento y expansión del aneurisma, pudiendo llegar a precipitar su rotura. Otras complicaciones potencialmente descritas son el posicionamiento erróneo de la endoprótesis o su migración, circunstancias que pueden obligar, en ocasiones, a una conversión quirúrgica inmediata. Esta actuación quirúrgica se acompaña de índices elevados de morbilidad, sobre todo cuando se actúa en individuos de alto riesgo



quirúrgico.

El comportamiento biológico de las endoprótesis y del aneurisma encierra aún muchas incógnitas. Por lo tanto, se desconoce si la prótesis es objeto de una incorporación fibrosa a los tejidos tal como acontece habitualmente en las prótesis de dacron utilizadas en cirugía abierta.

En el Hospital Arnau de Vilanova se ha realizado con éxito y por primera vez la implantación de una endoprótesis aórtica en el tratamiento de un aneurisma de aorta abdominal. Esto ha sido posible gracias a la adquisición reciente por parte del hospital de un arco digital, de una bomba de inyección de contraste y una mesa de quirófano radiotransparente.

Para la realización de estos procedimientos de cirugía endovascular es necesario el adiestramiento en los métodos de punción vascular, para acceder a la luz de los vasos, colocación de introductores y guías y otros dispositivos que nos van a permitir dilatar las arterias, implantar *stents* o prótesis endovasculares. Estas técnicas requieren un conocimiento perfecto de los procedimientos, adquirir unas determinadas habilidades técnicas,

actuación y manejo de medios fluoroscópicos con la utilización del arco digital de rayos X en quirófano.

La cirugía abierta electiva en el tratamiento de los aneurismas aórticos se realiza en nuestro hospital desde hace 25 años, con excelentes resultados y una morbilidad operatoria muy reducida inferior al 3%. Sin embargo, los pacientes candidatos a la implantación de endoprótesis tenían que trasladarse a otros centros hospitalarios de Barcelona. Actualmente, ya pueden ser intervenidos en Lleida.

Es una alternativa a la cirugía abierta para los pacientes con elevado riesgo, con patología asociada grave (cardiopatía isquémica, EPOC severo, etc.), o enfermos de edad avanzada.

Las ventajas son muchas: no es necesario anestesia general, en muchas ocasiones se puede realizar con anestesia locoregional, no es preciso cuidados intensivos, se evita la transfusión sanguínea, se realiza con una incisión inguinal mínima evitando las grandes incisiones de laparotomía, proporciona mayor confort al paciente, disminuye el tiempo operatorio y la estancia del hospital es de dos o tres días.

La Guerra de Successió va omplir de ferits militars l'Hospital General, obligant la Paeria de Lleida a construir un altre edifici contigu l'any 1854. La disposició de dos edificis permetia un passadís de comunicació entre ambdós que, lluny de millorar les condicions, provocava un volum superior de contagis entre malalts no aïllats que hi deambulaven, malgrat estar prohibit.

L'estat de les comunes i la impossibilitat d'aïllar els malalts infecciosos augmentava el perill de transmissió de malalties, sobretot de la febre tifoide.

Les condicions higièniques de les tres casernes de Lleida eren similars, provocant la morbil·litat i mortalitat dels soldats de totes les companyies.

Nau lateral de la caserna de la Seu Vella



Deplorables condicions higièniques al segle XVI

L'any 1445, els paers i el Capítol de Lleida sol·licitaren del Papa Eugeni IV fusionar els set hospitals privats que tenia la ciutat en un sol hospital general per, d'aquesta manera, poder acollir millor els pobres i malalts que ho necessitessin.

El primer edifici destinat a hospital general es construí a la barriada de Cappont però abans de finalitzar les obres, una riuada del Segre que va

Dr. Manuel Camps Clemente
Dr. Manuel Camps Surroca

succeir l'any 1452 se l'endugué.

Va ser el 27 de juliol de 1453 quan el Consell General de la Paeria decidí situar-lo a l'antiga plaça de l'Almodí, al terreny ocupat per les cases del Pes del Rei.

El 13 d'abril de 1454 es col·locà la

primera pedra. En la làpida fundacional consta la següent inscripció:

Any MCCCCCLIII a XIII de abril se comensa la obra de aquest spital en lo qual posaren la primera pedra los honorable en luys de Monsuar e bnt gralla ciutadans paher E Micer Manuel de Monsuar degà e Micer Garcia de Valterra canonges per lo honorable Capi-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

tol de la Seu de Leyda.

L'edifici de l'hospital fou acabat el 1519.

Durant la Guerra de Successió (1702-1714) eren tants els ferits de guerra que les autoritats militars decidiren allotjar-los a l'edifici de l'Hospital General, que ocuparen totalment. Els malalts civils van haver de ser traslladats a un edifici situat al carrer Major. Després de la guerra, solament una part de l'hospital general restà com a hospital militar, amb el nom d'Hospital del Rei. Els malalts militars eren assistits pels mateixos metges, cirurgians i personal auxiliar que els de l'Hospital General.

El 1854, el Ministeri de la Guerra disposà desallotjar en part l'hospital militar de l'edifici, que restà destinat majoritàriament com a hospital general

◆ **El primer edifici construït se l'endugué el riu Segre**

◆ **A la Guerra de Successió els ferits eren allotjats a l'Hospital General**

i traslladar-lo a un altre contigu, que la Paeria s'havia vist obligada a construir per l'excessiu nombre de malalts militars que l'hospital general era incapaç d'encabir.

Al nou hospital s'instal·laren totes les dependències, a excepció de les clíniques i el magatzem que continuaren a l'antic edifici, els quals es comunicaven per un passadís de l'últim pis.

Les clíniques ocupaven l'ampli passadís disposat al voltant del pati gòtic de l'hospital, que restà dividit en diverses sales.

Per accedir a qualsevol d'elles s'havia de passar forçosament per les altres, per les quals en no estar aïllades, els malalts no allitats hi deambulaven, malgrat estar prohibit.

Ja que les dues comunes estaven situades en les sales extremes, els malalts inevitablement havien de creuar les centrals. El mateix passava

amb la roba bruta, "els pots" o originals dels malalts, els cadàvers o les escombraries, la qual cosa representava un greu i perillós defecte. Era del tot impossible aïllar els malalts infecciosos malgrat el risc de contagi que per als altres internats comportava.

L'estat de les comunes era lamentable. Buidaven a una claveguera excavada en el subsòl de l'edifici, la qual en temps de pluja s'omplia d'una tal manera que tota la brutícia vessava a l'exterior, junt amb la que baixava pels estrets, tortuosos i empinats carrers que des del tossal de la Seu arribaven enfront de l'hospital, quedant convertit el subsòl en un extens pou negre i, per tant, un perillós focus d'infecció per a tots els habitants de la ciutat.

Com que sempre hi havia ingressats alguns casos de febre tifoide, al clavegueram hi arribaven gran quantitat de bacils que trobaven en les capes del

subsòl, en aquella matèria orgànica, un medi idoni per reproduir-se.

Higiene a les casernes

No eren millors les condicions higièniques de les tres casernes de Lleida, especialment l'emplaçada en la que va ser la Seu Vella de la ciutat que provocava que la morbil·litat i mortalitat dels soldats per malalties infeccioses, fos molt elevada, com les d'origen hídric, principalment tifoides durant l'estiu i respiratòries a l'hivern, causades aquestes pel fred excessiu degut a la impossibilitat d'escalfar l'edifici per les seves condicions. Les naus de la que havia estat catedral havien estat dividides en dos pisos.

En el superior s'allotjaven les forces d'un batalló, estant separades les

◆ **El lamentable estat de les comunes afavoria les infeccions**

◆ **Les condicions higièniques de les casernes eren deplorables**

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Esquerra: Hospital de Santa Maria i Hospital Militar. 1920.
Dreta: Pati de l'Hospital Militar. 1916

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

companyies, les unes de les altres, per envans. A la nau central, l'altura del sostre era de 14 metres al centre de la sala i de 7, aproximadament, a les laterals.

La llum entrava per sis finestres no gaire grans i sempre tancades per vidre, situades a la part més alta de la nau central, a uns 13 metres del terra i, per tant, la ventilació d'aquells dormitoris era totalment insuficient, a més d'acumular-se la pols produïda en escombrar, que era impossible de netejar per la seva inaccessibilitat.

Les comunes instal·lades en un pavelló adossat a la part lateral dreta de l'edifici constaven de deu orificis disposats en forma d'el·lipse al centre de l'habitació amb els seus corresponents sifons que desembocaven en una canonada comuna.

De vegades s'embussaven a poca distància dels orificis receptors degut a la mala disposició dels sifons i a la mala costum dels soldats de netejar-se, per manca de paper, amb simples pedres o drapots vells i a l'escassetat d'aigua, ja que la caserna només disposava de tres cisternes que recollien l'aigua de pluja, que era la que s'emprava per a ús de la guarnició (beguda, alimentació i neteja personal).

Aquestes cisternes eren contaminades fàcilment per la insuficient i mala disposició del clavegueram i l'existència, a més, de distints pous negres que recollien les matèries fecals d'altres comunes addicionals situades a la infermeria i al departament d'oficials, entre altres.

Les condicions higièniques de les altres dues casernes de la ciutat eren similars, especialment les del vell edifici de la Panera on els soldats vivien atapeïts en reduïdes habitacions i d'escassa ventilació. Les comunes patien els mateixos defectes que els de la caserna de la Seu Vella.

També era gran la quantitat de xinxes que s'hi criaven per a martiri dels soldats.

Quelcom millor eren les condicions de la caserna de cavalleria, malgrat les molèsties de la convivència dels elements de tropa amb els animals.

L'anàlisi bacteriològic que manaren practicar els serveis de sanitat militar van posar en evidència que l'aigua de subministrament de totes les seves dependències, incloses les de l'hospital militar, estava fortament contaminada per colibacils i bacils d'Eberth, especialment la de la cisterna de la caserna situada a la Seu Vella.

Primeres vacunacions

L'any 1915, l'autoritat militar va considerar que devia intervenir per almenys procurar protegir les forces dels perills que aquesta manca d'higiene representava i no consentir que la guarnició seguís sofrint pacientment

anys i més anys els efectes de l'aigua contaminada.

Considerant el difícil i oneros que resultaria millorar l'estat sanitari de les casernes i de l'hospital, es va considerar que la millor solució seria seguir l'exemple dels exèrcits nord-americà, alemany i anglès i administrar, malgrat estar la seva eficàcia encara en estudi, la vacunació antitífica als reclutes destinats a Lleida, 20 o 25 dies abans d'incorporar-se a files.

La decisió es va prendre en considerar l'eficàcia que la vacunació havia demostrat als exèrcits dels Estats Units, Alemanya i Anglaterra, que l'havien aplicat. Aquesta darrera nació ho comprovà en vacunar la meitat de les seves tropes destinades a l'Índia. En el grup dels vacunats la morbiditat i mortalitat disminuï en un 80%.

Lleida era una ciutat bruta. Moltes cases no disposaven de comuna i la quadra o el mateix carrer servien per cobrir aquestes necessitats. Estaven mal ventilades, amb habitacions sense llum, sense celoberts o amb patis molt petits que per a l'únic que servien era per acumular escombraries que amb el temps es transformaven en focus d'infecció.

A part d'aquestes pèssimes condicions sanitàries dels habitatges, el principal causant de l'endèmia tifòdica que patia la ciutat de Lleida era l'aigua que s'emprava per beure, la qual procedia del canal de Pinyana, que era de bona qualitat en origen, però que en el decurs del trajecte fins a la ciutat travessava diversos pobles on es contaminava.

El doctor Francesc Fontanals i Araujo va ser qui lluità amb tenacitat i constància per aconseguir la millora sanitària de la ciutat de Lleida, inclosos els seus centres de beneficència i militars.

La seva tasca s'inicià durant l'epidèmia de còlera del 1885. Va crear un parc sanitari de desinfecció que va evitar l'aparició dels brots colèrics que

van amenaçar la ciutat els anys 1911, 1912 i 1915.

La seva màxima preocupació era el problema sanitari de les aigües de consum, tan deficient, que a Lleida, com hem dit, les malalties infeccioses d'origen hídric eren endèmiques.

L'activitat sanitària del doctor Fontanals va ser molt meritòria i diverses ciutats espanyoles es van interessar per la manera com l'havia organitzat.

Per la seva tasca, va ser condecorat amb la gran placa d'honor i mèrit, i també amb medalles d'or i plata de la Creu Roja espanyola. Posseïa la creu de beneficència de primera classe que va aconseguir a Vielha amb motiu de l'epidèmia de febre tifoide i pel fet d'haver prestat la seva assistència a diversos pobles que patien greument l'epidèmia esdevinguda l'any 1917.

Pels seus serveis prestats a l'Exèrcit, rebé la creu militar de segona classe.

Un altre metge profundament preocupat per les condicions sanitàries de la ciutat va ser el doctor Amali Prim, secretari durant molts anys del Col·legi.

En les seves *Notes d'higiene* fa també palesa les pèssimes condicions del subministrament d'aigua i l'estat del clavegueram i les deplorables condicions d'higiene en què s'oferien al públic les fruites, verdures i altres productes, al mateix carrer, deixades per terra entre la pols, els excrements d'animals i d'altres brutícies. Acabava dient:

"Encara que sembli impossible, els cadàvers humans són transportats entre les cols i patates que després ens mengem tan tranquil·lament... Es pot concebir tanta negligència?"

No va ser fins l'any 1915 quan la Comissió de Foment de l'Ajuntament, sota la presidència del doctor Josep Estadella, aleshores primer tinent d'alcalde, portà les gestions per moure el tema de la portada d'aigües. El mes d'abril, l'Ajuntament acordà dur a terme el projecte. El Col·legi de Metges va felicitar el doctor Estadella, ja que gràcies a la seva constància havia aconseguit tirar endavant aquest tema de capital transcendència per a la ciutat.

El mes de juliol del 1917 el projecte era una realitat i ja s'havien instal·lat les canonades que subministraven i distribuïen l'aigua en algunes parts de la ciutat.

BIBLIOGRAFIA

- Reventós i Conti. *Història dels Hospitals de Catalunya*. Vol. V de la *Història dels Hospitals de la Terra Ferma*. Pagès Editors, Lleida, 2002, pàg. 119.
- Constanti, Antonio. "La fiebre tifoidea en la guarnición de Lérida", B. M. Núm. 149 (setembre del 1914).
- Prim Amali. "Nuestras calles". B. M. Núm. 180 (abril del 1917).

◆ **L'any 1915 es vacuna els reclutes destinats a Lleida**

◆ **L'any 1917 la ciutat per fi compta amb subministrament d'aigua**



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
Val·calent, 1-2ª edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



canvi per naturalesa

nova imatge, nous serveis, més protecció per als metges.



MutualMèdica

COL·LABORACIÓ PER NATURALES A AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216

www.mmcb.es

informutual@mmcb.es