

El COMML aprova el pressupost del 2005





La decisió més saludable

Escollir una pòlissa de salut implica tenir clars un seguit de conceptes i disposar d'una persona de confiança que us aconselli i us respongui els dubtes més freqüents.

- Us oferim el millor assessorament especialitzat.
- Cobertures ajustades a les vostres necessitats.
- Les millors garanties en funció del producte contractat.
- Si desitgeu informació sobre cobertura mèdica, podeu posar-vos en contacte amb Medicorasse i un assessor personal es posarà a la vostra disposició.

BUTLLETÍ mèdic

Número 52, maig del 2005

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
Josep M. Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Josep Pifarré Paradero
Joan Prat Corominas
Jesús Pujol Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

Correcció: Dolors Pont

Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1

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

OPCIÓ 2

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

OPCIÓ 3

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

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

Errors mèdics

La societat actual demana, per una banda, el dret a la salut, que s'ha convertit en un bé inestimable, i per l'altra, exigeix més informació i un tracte diferent allunyat del sistema paternalista que durant molt de temps ha predominat. La societat, però, ha arribat a creure que la medicina soluciona tots els problemes i que els professionals no es poden equivocar. No obstant això, els errors mèdics són inevitables i inherents a qualsevol professió i, per tant, també en medicina. Les estadístiques més optimistes donen un 1% d'errors i les menys fins a un 12-13%. Tan greu sembla el problema que la major part dels col·legis han fet de la defensa dels metges el *leitmotiv* de les seves actuacions i molts metges s'emparen en la medicina defensiva per evitar les denúncies. Així, ni s'assumeixen ni s'eviten els errors.



Malgrat que en la nostra societat el problema no té comparació amb el que passa a la societat nord-americana, no oblidem que en aquella i en la nostra els metges continuen mantenint un gran prestigi. Conèixer com es produeixen els errors, afrontar-los i prevenir-los seria una bona política per part dels metges, els col·legis i l'Administració. Cal acceptar, però, que moltes vegades les demandes no són degudes a la imprudència, la imperícia o la negligència, sinó a la manca de comunicació entre el professional i el pacient o la família i la manca d'assumpció de l'error com una cosa que de vegades és inevitable.

sumari

Atenció primària a la Facultat de Medicina

Drs. Joan Clotet i Miquel Buti
PÀGINA 10

Errors mèdics: aproximació des de la psicologia

Dr. Manel Pena. CAP Pla d'Urgell
PÀGINA 16





Taula presidencial de l'assemblea

PRESSUPOST 2005	
INGRESSOS	
Venda d'impresos	42.937,50
Subvencions	12.600,00
Altres ingressos de gestió	492.180,80
Ingressos financers	15.000,00
Beneficis/ingressos excepcionals	1.000,00
TOTAL INGRESSOS	563.718,30
DESPESES	
Adquisició d'impresos	13.275,00
Variacions d'existències	750,00
Serveis exteriors	275.548,30
Tributs	23.100,00
Despeses de personal	217.600,00
Dotació amortitzacions	33.445,00
TOTAL DESPESES	563.718,30

Aprovació del pressupost del 2005 a l'assemblea del COML

El dia 30 de març es va celebrar a la seu col·legial l'assemblea ordinària de col·legiats. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea de l'any anterior, els doctors Xavier Rodamilans i Carles Querol van presentar l'informe de presidència i la memòria d'activitats, respectivament.

Es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les següents propostes:

- 1.- Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici 2004.
- 2.- Aprovació del pressupost del 2005.

La tesorera del Col·legi, la doctora Mercè Pallerola, va informar del contingut dels documents anteriors. Prèviament s'havia lliurat als assistents el balanç de situació, el compte de pèrdues i guanys i la liquidació pressupostària del 2004 així com del projecte de pressupost per a l'any 2005.

3.- Reglament marc de les seccions col·legials: es va aprovar la modificació de dos punts del seu articulat.

De les seccions col·legials creades es va tractar dels següents assumptes:

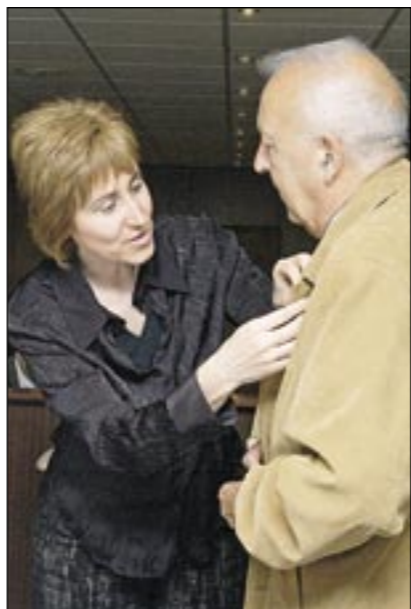
- 4.- Reglament, liquidació del pressupost del 2004 i pressupost del 2005 de la secció col·legial de metges jubilats.
- 5.- Reglament i pressupost del 2005 de la secció col·legial de metges oftalmòlegs.
- 6.- Reglament de la secció col·legial



de metges d'assistència primària (estatutaris).

7.- Liquidació del pressupost del 2004 i pressupost del 2005 de la secció col·legial de metges acupuntors, homeòpates i medicina naturista.

Finalment, es va procedir al lliurament del diploma i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics des



Lliurament d'insígnies als col·legiats honorífics

de la darrera assemblea i que han estat els següents:

Juan Gausí Gené
Fernando Barallat Barés
Juan José Galíndez Allende
Joaquín Abio Gorrita
José Coca Balagueró
José C. Jiménez Blasco
Pascual Juan Arnal

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML, en les sessions ordinàries dels passats 6 d'abril i 4 de maig, ha acordat i tractat, entre d'altres, els següents temes:

- Convocatòria del V Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. El premi té una dotació de 6.000 euros. El termini de presentació de candidatures finalitza el 28 de juny de 2005, a les 20.00 hores. Les bases es poden consultar a la web del Col·legi (<http://www.comll.es>).

- Enquesta de demografia mèdica. S'ha tramès el qüestionari a tots els col·legiats.

- Eleccions al Consell General de Col·legis Mèdics del 16 d'abril. Van resultar elegits el doctor Isacio Siguero Zurdo com a president, el doctor Francisco Toquero de la Torre com a vicepresident i el doctor Teodoro Sacristán Alonso com a tesorero.

- Felicitar a la doctora Rosa M. Pérez, a qui ha estat concedida la medalla de bronze amb distintiu blau al mèrit policial pel cos de Mossos d'Esquadra.

- S'han gestionat diverses sol·licituds de col·laboració econòmica del Col·legi amb l'organització de cursos i congressos.



La Dra. Pérez i membres del cos de Mossos d'Esquadra també guardonats

La doctora Rosa Pérez, medalla al mèrit policial

La Generalitat de Catalunya ha lliurat a la doctora Rosa M. Pérez Pérez, subdirectora de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, Divisió de Lleida, la medalla de bronze al mèrit policial amb distintiu blau.

Aquesta condecoració reconeix la seva col·laboració i cooperació amb el cos de la policia dels Mossos d'Esquadra en la resolució de diversos homicidis. La labor de la doctora Pérez

ha permès un creixement del nivell tècnic de les unitats regionals de policia científica de la Regió Policial de Ponent i l'afermament del prestigi professional del cos de Mossos d'Esquadra. La Direcció General de Seguretat Ciutadana considera que aquesta acció és creditora d'una especial reconeixença, ja que contribueix a mantenir el prestigi i la bona imatge d'aquest cos davant la ciutadania.



Rosa M. Pérez rep la medalla de bronze al mèrit policial amb distintiu blau

Moviment de col·legiats

ALTES

Juan Pérez-Nievas López de Goicoechea.
Maria del Remei Perera Sarri.
María Inés Vera de Pilo.
Juliana Medeiros Faria.
Fernando Womer Diz.
Isabel Perelló García.
Gema Rodríguez Argiles.
Silvia Esther Ferraz Sopena
Carolina Moreno Castellón.
Edgar Pérez García.
Alba Ana Puig Palau.
Mabel González Arauja.
M. Inmaculada Buj Alvaréz.
José Fermín Suberviola González.
Núria Torra Solé.

BAIXES

Mes de març: 5
Mes de abril: 2

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics:
Jordi Vilaret Vilar
Pascual Riu Labrador

Rafael Ballús Molina, gerent de l'ICS en l'àmbit de Lleida

L'Institut Català de la Salut (ICS) ha nomenat Rafel Ballús Molina gerent d'Atenció Hospitalària i Primària de l'ICS en l'àmbit de Lleida. Ballús, llicenciat en Dret i diplomad en Administració i Direcció d'Empreses, era des del 2004 gerent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Anteriorment, havia estat director gerent de l'Hospital Creu Roja de Barcelona, de l'Hospital de Palamós i de l'Hospital Ntra. Sra. de Alarcos de Ciudad Real.

Victorià Peralta, director de centre de l'Hospital Arnau de Vilanova

L'ICS ha nomenat el doctor Victorià Peralta Biosca director de centre de l'Hospital Arnau de Vilanova. Peralta, llicenciat en Medicina, diplomad en Gestió Gerencial Hospitalària i màster en Gestió Sanitària, era fins ara director executiu de l'Hospital de Sabadell. També ha estat gerent de l'Hospital de Creu Roja de Palma de Mallorca, gerent de l'Aliança de Lleida i director mèdic de l'Hospital General de Catalunya.



El doctor Joan Viñas, rector de la UdL

Sessió acadèmica a l'Hospital Comarcal del Pallars a càrrec del rector de la UdL

El Dr. Joan Viñas, rector de la Universitat de Lleida, va impartir el 25 de maig una sessió acadèmica a l'Hospital Comarcal del Pallars sobre *Bioètica a la pràctica clínica*. La conferència va tractar sobre el consentiment informat, el testament vital, l'aferrissament terapèutic i la confidencialitat. Van assistir a l'acte professionals sanitaris tant de l'àmbit hospitalari com d'atenció primària. La sessió va finalitzar amb un torn obert de paraules.

Beca Rosa María del Olvido Fernández Riba a Miriam Carbajal

La Fundació Rosa María del Olvido Fernández Riba ha concedit la beca d'enguany a Miriam Carbajal Fontanet, alumna de quart curs de Medicina. Fa més de quinze anys que la Fundació concedeix aquesta beca a estudiants de Medicina i en aquesta edició s'han presentat un total de 18 alumnes. El lliurament oficial de la beca es farà durant l'acte d'obertura oficial del curs acadèmic de la Facultat de Medicina 2005-2006.



Miriam Carbajal

Stanley M. Goldberg, investit doctor 'honoris causa'

La Universitat de Lleida ha investit doctor *honoris causa* Stanley M. Goldberg, a proposta de la Facultat de Medicina. L'acte, celebrat a l'Auditori del Centre de Cultures Transfrontereres de la Universitat de Lleida, el dia 20 d'abril, va ser presidit pel rector de la Universitat de Lleida i apadrinat pel degà de la Facultat de Medicina, Àngel Rodríguez Pozo. El doctor Stanley Goldberg

va néixer a Minneapolis (Minnesota, EUA). És professor clínic de cirurgia a la Divisió de Cirurgia Colorectal de la Medical School de la Universitat de Minnesota des de l'any 1972.

El doctor Goldberg, amb una intensa activitat professional, científica i docent i la seva aportació a la medicina, ha tingut una importància cabdal per als especialistes en cirurgia de còlon

i recte. Ha estat pioner i impulsor de la utilització de les modernes sutures mecàniques i de la col·locació d'anús artificials. També és el creador d'un laboratori de fisiologia anorectal reconegut com un dels més grans del món i de la Divisió de Cirurgia Colorectal, que reuneix un dels grups internacionals de cirurgians colorectals més nombrosos i importants.



El doctor Stanley M. Goldberg

XIX Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

El XIX Congrés d'Atenció Primària, que organitza la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC), se celebrarà a la Seu d'Urgell del 15 al 17 de juny d'enguany. El lema del congrés és *El treball en equip* i vol conscienciar els assistents que funcionar en equip és molt més gratificant i enriquidor, ja que el flux d'idees augmenta la productivitat.

El congrés pren el relleu a l'anterior, realitzat a Barcelona, on es van tractar les noves demandes de la població. A la taula inaugural, s'obrirà el debat sobre aquestes necessitats i es parlarà de la realitat de cada dia i de com influeixen els canvis socials en l'ànim dels sanitaris.

Enguany, s'ha escollit la Seu d'Urgell per celebrar el congrés com a aposta pel canvi, ja que ofereix l'oportunitat de conèixer la zona pirenaica i atansar els professionals a l'àmbit rural.

Els professionals que vulguin més informació poden adreçar-se a la secretaria tècnica de la SCMFIC, scmfic@reunionsciencia.es.



El doctor Jordi Cortada, amb membres de l'Associació Espanyola d'Andrologia

El doctor Jordi Cortada, president de l'Associació Espanyola d'Andrologia

El doctor Jordi Cortada i Robert ha estat escollit nou president de l'Associació Espanyola d'Andrologia en el decurs del seu XII Congrés Nacional, celebrat del 14 al 16 d'abril a la Corunya. L'associació compta amb més de 500 socis en tot l'Estat espanyol.

Jordi Cortada arriba a la presidència després d'un procés que va començar l'any 1988, quan va ser escollit per primera vegada membre de la junta directiva, de la qual ha seguit formant part des d'aleshores en diferents càrrecs i responsabilitats.

Uròleg de formació però andròleg de vocació, participà activament en l'antiga revista *Actualidad Andrológica* i és cofundador de la *RIA (Revista Internacional de Andrologia, Salud Sexual y Reproductiva)*, de la qual forma part del comitè editorial. És cofundador i tresorer d'ANDRO (Associació Iberoamericana de Societats Andrològiques) i està implicat en la candidatura de Barcelona 2009 per al Congrés de la Societat Internacional d'Andrologia.

Felicitats al nostre col·lega i esperem que de les nostres comarques en surtin més.



Exposició de Miquel Flores a l'Arnau de Vilanova

Miquel Flores, infermer de l'ABS de Balàfia, ha mostrat un recull de les seves millors obres en una altra exposició realitzada durant el mes de maig a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Miquel Flores és ja un artista de reconegut prestigi per les seves múltiples creacions i pels premis que ha obtingut en el camp de l'educació mèdica.

Programa pilot de mediació intercultural a l'Hospital Arnau de Vilanova i a l'ABS Pla d'Urgell

Un programa pilot de mediació intercultural en salut va començar el 7 de febrer a l'Hospital Arnau de Vilanova (HUAV) i a l'ABS Pla d'Urgell (Mollerussa), amb una durada inicial de dos mesos. El programa està organitzat per la Regió Sanitària Lleida del Servei Català de la Salut i la Federació d'Associacions de Veïns de Lleida (FAVLL) i finançat pel Pla Director d'Immigració del Departament de Salut de la Generalitat i la FAVLL.

El programa pilot consisteix en la presència diària de tres mediadores culturals, una magrebina, una de l'Europa de l'Est i una subsahariana, a l'HUAV, i de dues, una magrebina i una subsahariana, a l'ABS Pla d'Urgell. La dedicació de cada mediadora és de 20 hores setmanals a l'HUAV i de 10 hores a l'ABS Pla d'Urgell.

La seva tasca és acollir i ajudar la població immigrant; presentar-se als pacients immigrants hospitalitzats; valorar la seva situació i les necessitats de mediació; facilitar la transmissió d'informació entre els professionals sanitaris i els pacients; informar dels circuits i tràmits que cal fer un cop donada l'alta; assegurar que el pacient entén el tractament, i detectar si hi ha característiques culturals que poden interferir en el seu compliment.

Durant el primer mes del programa pilot a l'HUAV es van fer 280 visites de mediació: el 54% a pacients d'origen magrebí, el 25% a pacients de l'Europa de l'Est i el 21% a pacients subsaharians. El 30% de les visites van ser sol·licitades per personal d'infermeria, el 18% per metges, el 15% per pacients, l'1,5% per treballadors socials i la resta van ser d'acollida. Un 30% de les visites es van fer a Ginecologia i Obstetrícia, un 10% a Pediatria, un 7% a Urgències, un 4% a Endocrinologia i la resta en altres serveis de l'hospital. En el 86% dels casos la mediació es va fer amb el pacient i la resta amb els familiars o ambdós. La meitat dels pacients feia menys de 2 anys que vivien a Espanya. El 52% no entenien castellà ni català i el 73% entenien però no parlaven cap dels dos idiomes. La valoració del programa és molt satisfactòria per part dels pacients, de les mediadores i dels professionals sanitaris. Actualment, s'està avaluant la possibilitat d'incorporar aquests professionals a l'HUAV.



Facultat de Medicina
Universitat de Lleida

Competències professionals
a assolir durant el període
de formació de pregrau

Catàleg de competències professionals pel pregrau de Medicina

La societat actual demana, cada dia amb més intensitat, que en la formació dels nous metges s'adquireixin unes competències professionals mínimes de caràcter general que garanteixin, a més dels coneixements científics i les habilitats tècniques necessàries, l'adquisició d'habilitats de comunicació, la inserció i gestió dins del sistema sanitari i la formació ètica de respecte i consideració a la diversitat cultural i psicològica de la població.

Hem de formar, doncs, metges competents en coneixements i habilitats de caràcter científic i tècnic, però també en comunicació, gestió sanitària i en actituds ètiques.

La Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, conscient d'aquest canvi

necessari en l'ensenyament-aprenentatge de la medicina, està treballant, ja des de fa temps, en l'adaptació dels continguts i la metodologia docents per donar resposta a aquests nous requeriments dels futurs metges.

Fruit d'aquest treball ha estat l'elaboració del *Catàleg de competències professionals a assolir durant el període de formació de pregrau*, que va ser elaborat al final del 2003 i publicat al final del 2004.

Aquest document és el segon que es publica a Espanya, després del de la Universitat de Barcelona, i s'hi recullen les principals competències:

- Competències clíniques.
- Competències en prevenció, educació sanitària i educació terapèutica.
- Competències en obtenció i maneig de la informació, comunicació, formació i investigació i treball en equip.
- Competències en les actituds i els valors professionals.

Dr. Àngel Rodríguez
Degà de la Facultat de Medicina de la UdL

Principals grups de competències professionals del 'Catàleg de competències professionals a assolir durant el període de formació de pregrau'

FACULTAT DE MEDICINA DE LLEIDA, ANY 2004

COMPETÈNCIES CLÍNiques

- Fer una anamnesi completa centrada en el pacient. Justificar les actuacions i interpretar-ne els resultats.
- Fer una exploració física dels pacients general i per sistemes, apropiada a la seva edat, sexe, estat mental i físic d'una forma completa i sistemàtica. Justificar les maniobres. Interpretar-ne els resultats. Reconèixer la normalitat o anormalitat.
- Realitzar un diagnòstic. Justificar les conclusions.
- Establir un pla d'actuació. Justificar-lo.
- Registrar les troballes.
- Realitzar procediments pràctics. Interpretar el procediment i els resultats.
- Indicar les exploracions instrumentals necessàries. Raonar la indicació, descriure les bases de la tècnica i interpretar-ne els resultats.
- Tenir capacitat per prendre decisions. Justificar les decisions.
- Sota supervisió, ser capaç d'orientar un pacient en tots els aspectes. Interpretar els principis sobre els quals es basa el seu maneig. Justificar les actuacions.
- Reconèixer i tractar inicialment les situacions de risc vital que requereixen actuació immediata. Justificar les actuacions.
- Diagnosticar i tractar inicialment situacions que, sense produir encara risc vital, requereixen actuació precoç. Justificar les actuacions.
- Diagnosticar i dur el maneig del pacient en determinades situacions clíniques no agudes o cròniques dintre d'uns límits de complexitat predeterminats. Justificar les actuacions sobre la base de les evidències.

COMPETÈNCIES EN PREVENCIÓ, EDUCACIÓ SANITÀRIA I EDUCACIÓ TERAPÈUTICA

- Integrar els mètodes de la medicina preventiva en la pràctica assistencial. Justificar les intervencions i els procediments.
- Gestió de la dimensió sociosanitària o poblacional dels problemes de salut. Justificar les intervencions i els procediments.
- Posar en pràctica accions preventives en l'àmbit psicosocial.
- Justificar les intervencions i els procediments.

COMPETÈNCIES EN OBTENCIÓ I MANEIG DE LA INFORMACIÓ, COMUNICACIÓ, FORMACIÓ I RECERCA I TREBALL EN EQUIP

- Comunicar amb efectivitat. Justificar les actuacions. Raonar la tècnica emprada.
- Treballar en equip. Justificar les actuacions. Raonar la tècnica emprada.
- Desenvolupar la seva tasca en un món dominat per la informació, les comunicacions i les tecnologies. Justificar les accions.
- Educar altres professionals.
- Incorporar la recerca en l'activitat clínica com una actitud permanent.
- Diagnosticar, comunicar i resoldre els problemes de salut utilitzant un llenguatge científic bàsic.

ACTITUDS I VALORS PROFESSIONALS

- Mostrar una actitud professional adequada.
- Mantenir un comportament ètic.
- Assumir les responsabilitats legals i econòmiques
- Assumir el propi rol dintre del servei de salut.
- Assumir el manteniment de la competència pròpia.



A l'esquerra, el doctor Xavier Peirau explicant el treball. A la dreta, col·locació dels aparells de monitorització

Experiència: esport a casa

Mens sana in corpore sano. Frase clàssica del llatí de rigor científic inqüestionable. Tots tenim ben interioritzat que la pràctica regular d'exercici físic és necessària per mantenir un bon estat de salut mental, i també pel benefici orgànic. Però quan recomanem als nostres pacients que en realitzin, sabem prescriure'l? Quant temps hi han de dedicar i amb quina intensitat l'han de practicar?

El dia 22 d'abril, al Centre de Salut Rambla de Ferran, l'INEFC va presentar un complex macroestudi dirigit pel doctor Xavier Peirau, metge i professor d'INEFC, i la infermera Divina Farreny. Aquest treball consta de diverses fases. A la primera, s'estudien circuits per tal de recomanar-los als pacients. Aquests han estat validats a priori per estudiants d'INEFC de Lleida, que han quantificat amb exactitud distàncies, desnivells, etc.

El projecte ha estat presentat en totes les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de Lleida, amb la participació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, representada per la seva vocal a Lleida, la doctora Galindo, com a coordinadora del projecte.



Últimes instruccions i sincronitzacions abans de l'exercici

En una segona fase, els circuits han d'ésser recorreguts per subjectes voluntaris que tinguin hipertensió, diabetis i obesitat, entre d'altres, escollits entre les diferents ABS participants. Més de 50 voluntaris es van presentar a la cita. Carme Mateu, infermera de l'ABS Rambla de Ferran, va rebre els participants i els va entregar un qüestionari (AFTL), amb l'objectiu de conèixer el tipus d'activitat física que realitzaven, que preveu un total de 66 activitats agrupades en nou blocs.

Els resultats mostraven

que la majoria no feia cap mena d'exercici habitualment.

Després d'uns sis mesos d'utilitzar els circuits entre els pacients dels diferents centres inclosos en l'estudi, es farà una enquesta/entrevista als participants per conèixer la seva opinió dels programes i es relacionarà amb el seu estat físic. El fruit de tot això serà que els diferents professionals podran recomanar la realització dels circuits a aquells pacients que considerin adients, disposant d'eines validades.

L'objectiu pretès serà con-

vèncer (sobre allò que ja sabem i que està demostrat fermament) de la idoneïtat de la pràctica d'exercici físic en aquests grups de població i presentar aquests circuits com una eina més que cal emprar en atenció primària.

Ens toca, doncs, esperar que l'estudi continuï i que, una vegada obtinguin els resultats, ens donin les fórmules magistrals per poder utilitzar l'exercici físic com una prescripció més.

I mentrestant... me'n vaig a caminar!

Jorge Soler
ABS Rambla de Ferran



Atenció primària a les facultats de Medicina

Diferents organismes internacionals (OMS, WONCA) defineixen la medicina de família i comunitària (MFIC) com a disciplina acadèmica i com a especialitat i, per tant, amb contingut educatiu, clínic i de recerca. Les característiques principals com a disciplina es recullen a la taula 1.

Diversos documents internacionals, dels quals destaquen els informes de l'OMS -WONCA (taula 2), la Conferència Internacional de Decans, l'informe sobre la formació mèdica del Comitè Consultiu de la Comissió Europea i els informes del *Royal College of Practitioners*, la Declaració de Granada i la Declaració de la Cimera Iberoamericana de Medicina de Família recomanen a les facultats de Medicina adequar-

Dr. Joan Clotet Solsona
i Dr. Miquel Buti

se als canvis que s'estan donant en els sistemes sanitaris i respondre a les necessitats socials. Si els serveis de salut necessiten metges de família amb competències específiques en aquest àmbit d'actuació, el sistema d'educació mèdica sembla que hauria de respondre amb coherència a aquestes necessitats. No és suficient que aquesta formació es faci només al postgrau.

Tot això ha fet que la medicina de família s'hagi incorporat de forma ben definida en moltes universitats del món. Així, existeixen departaments acadèmics de medicina de família

en pràcticament totes les facultats de Medicina dels EUA, igual que al Canadà, Austràlia i la majoria de països de la Unió Europea. Totes les facultats de medicina d'Holanda, Anglaterra, Portugal, Suècia, Dinamarca i Finlàndia disposen d'un departament de medicina de família.

Això és de tal transcendència per a les autoritats educatives corresponents, que actualment no s'acredita cap facultat de medicina dels Estats Units, ni del Canadà si no disposa de medicina familiar. En aquestes facultats es dona formació teòrica i pràctica de medicina de família a tots els alumnes i està impartida per metges de família.

Tota aquesta activitat és avalada per revistes d'ampli impacte

TAULA 1 **Característiques de la medicina de família (WONCA, 2002)**

- 1 Normalment, és el primer punt de contacte amb el sistema sanitari, obert i d'accés no limitat per als usuaris; tracta tots els problemes de salut independentment de l'edat, el sexe i qualsevol altra característica.
- 2 Fa ús eficient dels recursos sanitaris, treballa amb altres professionals de l'atenció primària, maneja la interconsulta amb altres especialistes i protegeix els pacients quan ho necessiten.
- 3 Abordatge centrat en la persona, orientat a l'individu, a la família i a la comunitat.
- 4 Estableix una relació longitudinal i de comunicació efectiva entre metge i pacient.
- 5 Atenció segons les necessitats dels pacients.
- 6 Procés en la presa de decisions específic, determinat per la prevalença i la incidència de la malaltia en la comunitat.
- 7 Maneig simultani tant dels problemes aguts com dels crònics dels pacients.
- 8 Maneig de les malalties que necessiten una intervenció urgent, en una fase precoç quan la clínica és encara indiferenciada.
- 9 Prevenció de la malaltia i promoció de la salut amb intervencions efectives i apropiades.
- 10 Responsabilitat específica en la salut de la comunitat.
- 11 Tractament integral dels problemes de salut, és a dir, en la seva dimensió física, psicològica, social, cultural i existencial.
- 12 Aquestes competències essencials de la medicina familiar i comunitària són independents del sistema sanitari on s'apliquen. Les 11 característiques centrals que defineixen la disciplina es relacionen amb les habilitats que cada metge de família ha de tenir. Aquestes es poden incloure en 6 competències nuclears:
 1. Maneig de l'atenció primària.
 2. Atenció centrada en la persona.
 3. Habilitats per a la resolució de problemes específics.
 4. Abordatge global.
 5. Orientació comunitària.
 6. Model holístic.

TAULA 2. **Conferència OMS-WONCA (Ontario, 1994). La recomanació número 17 diu:**

"La disciplina de medicina de família s'hauria d'ensenyar a totes les facultats de Medicina i proporcionar un equilibri metge general/metge especialista.

Totes les facultats de Medicina haurien de tenir un departament de medicina de família.

Totes les especialitats haurien d'incloure una dimensió general que englobés: moment de la interconsulta, atenció compartida, alta de l'especialista i seguiment.

S'hauria de posar èmfasi equivalent en l'ensenyament de l'atenció primària des de la consulta del metge de família.

Tots els estudiants haurien d'experimentar la continuïtat de la salut individual i de la malaltia en el context de la comunitat.

La implicació d'un nombre apropiat de metges de família com a professors universitaris i com a model d'exercici professional permetria als estudiants una elecció informada vers l'orientació professional que s'ha de seguir."

internacional com són el *British Journal of General Practice* i *The Journal of Family Practice*.

La medicina de família i comunitària com a especialitat a Espanya

L'especialitat de medicina de família i comunitària neix a Espanya l'any 1978 amb el Reial decret 3303/78, que diu: "*El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad*". Des d'aleshores s'han format a Espanya més de 20.000 metges en MFIC a través del MIR. Aquests professionals han contribuït de forma decisiva en els canvis del sistema sanitari. Han millorat l'atenció clínica, la rehabilitació, han establert activitats de prevenció i promoció de la salut, i han incorporat la docència i la recerca en l'àmbit comunitari.

La medicina de família forma uns 1.800 residents a l'any en 98 unitats docents. Hi ha 2.900 metges de família que exerceixen com a tutors en 750 centres de salut acreditats per a la docència de postgrau i amb més de 20 anys de tradició docent. Tots aquests elements han fet que el programa de l'especialitat de MFIC s'hagi considerat com un dels millors de l'entorn occidental. Actualment, uns 30.000 metges de família, que representen més del 40% dels facultatius en actiu, atenen més de 212 milions de consultes cada any i resolen aproximadament el 90% dels problemes de salut de la població. També realitzen anualment més de 2.000.000 d'activitats clíniques i publiquen diverses revistes com *Atención Primaria*, *Medifam* i *FMC*, entre d'altres.

Presència testimonial a la universitat espanyola

Amb tot aquest bagatge, com és possible que la presència de la MFIC a la universitat espanyola sigui merament testimonial? Avui en dia, en 25 de les 27 facultats de medicina es desenvolupa algun tipus d'activitat docent per part dels metges de família. Però només en 3 universitats la medicina de família és una assignatura obligatòria i en 8 és optativa. En 17 universitats les pràctiques són obligatòries i en 10 són optatives. Amb tot, a Espanya hi ha 124 centres de salut universitaris i 135 professors implicats en la docència de pregrau i en la recerca, dels quals 130 són associats i 5 titulars. Molts professors actuen com a col·laboradors.

A Catalunya, la MFIC és present a les quatre facultats de Medicina.

PASSA A LA PÀGINA 13

TAULA 3 La docència pregraduada en MFiC a Catalunya

FACULTAT	METGES DE FAMÍLIA DOCENTS	ACTIVITATS DOCENTS	CENTRES DE SALUT
U. BARCELONA Campus Casanovas Dpt. Medicina UD MFiC	Professors associats Dra. Pilar Orozco Dr. Josep Franch Dr. Josep M. Segura Dr. Josep M. Cots Dr. M. de la Figuera Dr. Karlos Naberan Professors col. 75	Rotació pràctica Centre de salut: 1 mes, a 6è curs Assignatura troncal: Medicina d'atenció primària a 2n cicle, 8 crèdits a 3r cicle, 6 crèdits	ABS Gòtic ABS Raval Sud ABS Dr. Lluís Sayé ABS Dr. Carles Ribas ABS La Pau ABS La Mina ABS El Clot ABS S. Antoni ABS Via Roma ABS Poble Nou
U. BARCELONA Campus Bellvitge Dpt. Medicina UD MFiC	Professors associats Dra. Dolors Forés Dr. Francesc Borrell Dr. Joan Gené Dr. Josep Jiménez Professors col. 18		ABS S. Joan Despí ABS El Prat ABS de l'Hospitalet ABS Cornellà ABS Viladecans ABS S. Just Desvern ABS Castelldefels
U. A. BARCELONA Dpt. Medicina Càtedra M. de F. UAB- Novartis Unitat Funcional M. F. UD MFiC	Professors associats Dr. Rafael Azagra Dra. Pilar Moura Dr. Xavier Flor Dr. Carles Martín Dra. Imma Grau Dr. Xavier Mundet Dr. Julio González Dr. Daniel Ferrer Dr. J.M. Bellmunt Dr. J. Diéguez Dr. Àlex Bassas Dra. Alba Gurt Dra. Isabel López Dr. Comin Junquera Dr. Zamora Mestre Dra. Anna Altaba Dra. Carolina Roser Professors col. 82	Rotació pràctica Centre de salut: 10 setmanes, a 6è curs. Assignatura optativa La pràctica en l'atenció primària Videoconferència	ABS Badia del Vallès ABS Chafarinas ABS P. Sant Joan ABS Canteras ABS El Carmel ABS Barcino ABS Bon Pastor CAP Horta 7D CAP Horta 7F ABS S. Llàtzer ABS Terrassa Nord ABS Salt (Girona) ABS Maragall CAP BarcelonaTA CAP Vila Olímpica CAP Llefia CAP Llefia CAP S. Roc CAP Badalona 4 CAP S. Adrià del B.
U. de LLEIDA Dpt. Medicina UD MFiC	Professors associats Dr. Manel Pena Dra. Catalina Serna Dr. Antonio Rodriguez Dr. Miquel Buti Dra. Tona Navarro Dr. Luis Marco Dr. Plácido Santafé Dr. Joan Clotet Professors col. 15	Rotació pràctica Centre de salut: 1 mes a 6è curs, 10 crèdits Assignatura optativa Entrevista clínica: 4 crèdits Medicina de família: 5 c.	ABS Pla d'Urgell ABS Eixample ABS Les Borges B. ABS Balàfia CAP Torrelameu CAP Ponts
U. ROVIRA VIRGILI Dpt. Medicina UD MFiC	Professors associats Dr. Ramon Descarrega Dr. Francisco Martin Dr. Jordi Jové Dr. Angel Donado Dr. Carles Ilor Dr. Josep Besora Professors col. 3	Rotació pràctica Centre de salut: 3 setmanes, a 3r curs Assignatura optativa Conceptes d'AP/MF: a 2n cicle, 4,5 crèdits.	ABS Reus 1 ABS Reus 2 ABS Reus 3 ABS Reus 4 ABS Valls Urbà ABS Torreforta ABS Bonavista

VE DE LA PÀGINA 11

L'activitat docent la desenvolupen professors associats adscrits al departament de Medicina amb el suport dels professors col·laboradors. L'estructura fonamental es resumeix a la taula 3. La Facultat de Medicina de Lleida incorpora la MFiC al seu pla d'estudis l'any 1996. L'activitat docent consisteix en una rotació pràctica a sisè curs d'un mes de durada per un centre de salut, que suposa per a l'estudiant 10 crèdits. En aquesta activitat, a l'alumne se li entrega, a l'arribar al centre, el *Dossier docent*

• **Actualment, uns 30.000 metges de família atenen més de 212 milions de consultes al llarg de l'any**

de l'assignatura de pràctica clínica en atenció primària, amb informació general sobre els horaris, l'equipament del centre, les normes bàsiques de funcionament, dels objectius generals i específics, de la metodologia docent que s'ha d'utilitzar i sobre el sistema d'avaluació. Seguidament, s'integra a les tasques assistencials de primeres visites, urgències, control de patologies cròniques, organització de la consulta, assistència domiciliària, docència i recerca. I una assignatura optativa d'habilitats pràctiques en entrevista clínica (4 crèdits) i en MFiC

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

TAULA 4 Declaración de Zaragoza sobre Medicina de Familia y Comunitaria y Universidad. Zaragoza, 5 de abril de 2003

PREÀMBULO

Con el objetivo de incorporar a la universidad los contenidos y métodos de la Medicina de Familia y Comunitaria, se ha celebrado en Zaragoza la I Conferencia Nacional de Medicina de Familia y Universidad.

La Medicina de Familia y la Atención Primaria, la primera como disciplina académica y campo profesional y la segunda como nivel y estrategia de la atención de salud, son dos pilares esenciales de procesos de desarrollo y modernización de los sistemas sanitarios. Se ha considerado, por ello, que el desarrollo y consolidación de sus contenidos al ámbito universitario puede enriquecer la formación de los licenciados en medicina, aportar a los estudiantes un espacio de aprendizaje basado en resolución de problemas frecuentes en la práctica clínica y dirigir su atención hacia un ámbito en el que trabajarán un número importante de ellos.

Por otra parte, el desarrollo de la Medicina de Familia en la universidad, que coincide con el tiempo con la puesta en marcha del Estado Europeo de Educación Superior (EEES), permitirá disponer, en España, de un escenario similar al de los países de nuestro entorno y armonizar nuestros planes de estudios con los de otras universidades europeas.

DECLARACIÓN

Los abajo firmantes, tras el trabajo realizado por profesionales expertos del mundo universitario, social y médico del ámbito de Atención Primaria de Salud, apoyándose en el documento de integración en el Espacio Europeo 2 de enseñanza superior elaborado

por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y de conformidad con la normativa vigente en la universidad española, desean hacer públicas las siguientes reflexiones y recomendaciones:

1. Las facultades de Medicina españolas deben orientar sus actividades educativas hacia la formación de médicos polivalentes, altamente cualificados desde el punto de vista científico y profesional, con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para dar respuesta a los problemas individuales y necesidades sociales de salud y desarrollar, sobre ellas, la formación posgraduada (Declaración de Granada 2001).

2. El desarrollo de la formación médica de base debe estar presidido por la coordinación y convergencia de las instituciones implicadas en el proceso para, de conformidad con los principios rectores del EEES, conseguir el objetivo final de mejorar la calidad de la formación en el marco de las necesidades y cambios sociales.

3. Los contenidos y métodos de la Medicina de Familia y Comunitaria, por su carácter transversal, enfoque integral e integrado de los problemas de salud y entorno de aprendizaje, son de gran trascendencia para el desarrollo de los objetivos de la formación en las facultades de Medicina.

4. El fomento e impulso de la incorporación de los contenidos y métodos de la Medicina de Familia y Comunitaria a la universidad puede contribuir a la armonización de los objetivos educativos de las facultades de Medicina españolas con los del Espacio Europeo de Educación Superior.

5. Los organismos responsables de la formación médica en España deben promover mecanismos para la consolidación y el desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria en el ámbito académico. En este sentido, los futuros convenios universidad-instituciones sani-

tarias deben auspiciar la adscripción a las universidades del mayor número posible de centros de salud y unidades docentes de Medicina de Familia y Comunitaria.

6. Los principios generales de la formación médica de base en las facultades de Medicina deben tener la necesaria correspondencia y continuidad con los objetivos de la formación médica posgraduada y los de la formación médica continuada. La I Conferencia de Medicina de Familia y Universidad solicita, por ello, a los poderes públicos la adopción de las medidas necesarias para la consecución de los fines descritos. Particularmente importante es la adecuación entre los objetivos de la formación médica de base y el sistema de acceso a la formación especializada.

Todos los agentes implicados de una forma u otra en la educación médica de pregrado y los firmantes de esta Declaración son plenamente conscientes de la necesidad de un trabajo detallado y en profundidad para incluir los contenidos de la Medicina de Familia en el ámbito universitario. Por todo ello y sobre la base de estas consideraciones, los firmantes de este documento, en el ámbito de sus respectivas competencias, declaran su intención de aceptar los compromisos que ella implica.

Suscriben:

- Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España.
- Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Solicitud de suscripción:

- Federación de Asociaciones de Barrios de Zaragoza.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud.

(5 crèdits). En el bloc d'entrevista clínica s'aborden diversos aspectes de la comunicació humana, de la medicina centrada en el pacient, de la relació entre àmbits assistencials, del maneig del pacient difícil, de com donar males notícies i sobre *counselling*, assertivitat i *role-play*. En el bloc de medicina de família es toquen aspectes més clínics com el risc cardiovascular, la patologia respiratòria –la més freqüent a

· En el camp de la recerca, generant coneixement per la seva capacitat de donar resposta a preguntes que només es poden respondre des de l'atenció primària de salut o en col·laboració amb ella.

Proposta de futur

En el futur, les facultats de Medicina haurien de formar el millor metge possible, capaç d'atendre les demandes sanitàries de la societat a la qual pertany. El metge del

problemes de salut i, sobretot, per l'entorn de l'aprenentatge, són de gran transcendència per al desenvolupament de la formació en les facultats de Medicina.

La Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària, amb caràcter més operatiu, declara en un manifest per a la universitat:

· La necessitat urgent d'instaurar una assignatura obligatòria de medicina de família a totes les universitats.

· Que la medicina de família sigui reconeguda com a àrea de coneixement.

· La creació de departaments universitaris de medicina de família i atenció primària amb la inclusió dels centres de salut i altres centres d'atenció primària, i també del professorat que hi treballa.

La Facultat de Medicina de Lleida presenta les característiques estructurals i demogràfiques idònies per a la integració i el desenvolupament de la medicina de família en la formació de pregrau.

Altrament, si vol ser pionera en el desplegament dels criteris que marca el procés de convergència europea en l'ensenyament superior és imprescindible un canvi de mentalitat i ha d'acceptar el repte amb decisió.

Altres universitats com la Facultat de Medicina de Sevilla, la Facultat de Medicina de Castellà-la Manxa i la Universitat Miguel Hernández d'Elx ja han pres la iniciativa i han començat a caminar en aquest sentit, així que no val a badar si no volem quedar endarrerits.

· Els canvis socials dels últims anys demanen un nou perfil de professional mèdic

l'atenció primària–, la terapèutica en atenció primària, l'adolescent, les drogodependències, l'ancià, l'atenció domiciliària i el pacient terminal. Amb una característica fonamental, que és buscar la màxima participació de l'alumne en els continguts docents amb la finalitat d'inculcar-li actituds positives a més de transmetre-li coneixements.

Com pot contribuir la medicina de família a la universitat?

· Amb una formació més orientada a les necessitats sanitàries i socials actuals. Incentivant l'estudiant per ocupar llocs de treball a l'atenció primària de salut.

· Complementant la formació actual de l'estudiant basada en el model biològic, amb aplicació del model bio-psico-social.

· Aportant continguts teòrics i pràctics per la gran varietat de motius de consulta en l'atenció primària de salut. En un context salut-malaltia, participa íntegrament en el procés natural d'emmalaltir amb continuïtat al llarg del temps.

· Aplicant normes de conducta professional i clínica pròpies, amb especial èmfasi en la comunicació i relació amb els pacients i les seves famílies en l'entorn i les condicions emocionals de la vida quotidiana.

· Amb un àmbit docent privilegiat per aprendre activitats de detecció precoç de malalties, abordatge de malalties més freqüents i desenvolupament d'activitats preventives.

· Amb metodologia docent característica en l'exercici del judici clínic crític, en el maneig de la incertesa en la presa de decisions, en la utilització dels recursos disponibles i en l'accés de les noves tecnologies de la informació, entre d'altres.

futur hauria de ser un professional competent, no solament en l'ús de la tecnologia, sinó que hauria de ser capaç de donar resposta als problemes de salut de la societat, hauria de millorar i fer més eficient el sistema sanitari i, tot això, amb una gran dosi d'humanitat i respecte pels valors prevalents.

Les repercussions sanitàries derivades dels canvis socials dels últims anys demanen un nou perfil de professional més polivalent i, per tant, els futurs plans d'estudis s'haurien d'adaptar a aquest nou horitzó i fugir de maquillatges forçats.

Per aconseguir aquests objectius és necessari incorporar la medicina de família a la universitat. Als anys 70 així va passar al Canadà, on actualment el percentatge de metges de família és del 50% i el servei nacional de salut canadenc és el que presenta l'índex de satisfacció més alt del món.

Actualment, al nostre país, la majoria dels estudiants de medicina no reben continguts específics d'atenció primària, malgrat que la majoria acabaran treballant com a metges de família en centres de salut i en el domicili dels pacients.

Però, cada cop hi ha més coincidència en la necessitat de reforçar el paper de l'especialitat en l'àmbit universitari. Aquesta coincidència es veu reflectida en l'anomenada *Declaración de Zaragoza*, taula 4. La declaració estableix en sis punts que les facultats espanyoles han d'orientar les seves activitats educatives cap a la formació de metges polivalents i així millorar la qualitat de la formació en el marc de les necessitats i els canvis socials. En aquest sentit, els continguts i mètodes de la MFIC, pel seu caràcter transversal, enfocament integral i integrat dels

BIBLIOGRAFIA

Buitrago, F. "Medicina de familia y universidad". *FMC*; 4: 219-220

Buitrago, F. "La incorporación de la medicina de familia en el ámbito universitario. ¿Ilusión o realidad?" *Aten. Primaria*, 2000; 25:71-72.

Bonal Pitz, P.; Gil Guillén, V.; Martín Zurro, A. "La medicina de familia como área de conocimiento". *Aten. Primaria*, 1999; 23:151-175.

Rakel, D. *Integrative Medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 2003.

Starfield, B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson, 2001.

Taylor, R.B. ed. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. 5ª ed. Barcelona: Springer-Verlag, 2002.

Reflexió sobre metges 'no reformats'

Luis-D. Capcete Novo · *Metge d'APD*

Les darreres setmanes hem pogut llegir a diversos diaris d'abast nacional com han plantejat, els responsables sanitaris de la nostra autonomia, el tema de la inclusió en la reforma dels professionals sanitaris que encara no s'havien reformat. Val a dir que, obviant la ja intrínseca manca d'elegància que sempre han mostrat en les seves relacions amb els professionals, ha sorprès a molta gent la violència verbal que han mostrat en les seves declaracions, així com la seva orquestració (les mateixes frases en diferents diaris i en una curta però intensa seqüència de notes a la premsa).

És clar que han volgut generar un estat d'opinió previ —el que es diu "posar la bena abans de fer la ferida"— que donés la imatge que "és de justícia" i que tenen "més raó que un sant", segons el senyor Belenes, que ara s'escandalitza per aquesta situació, quan ja fa anys que té responsabilitats en aquesta qüestió i, no solament no ho va intentar fer abans, sinó que va firmar un acord pel qual s'havia de respectar la voluntat dels ara afectats, però per això ja hi ha les hemeroteques i els arxius.

Crec que es tracta d'un fet que pot ajudar a reflexionar sobre algunes qüestions i fóra bo no deixar passar l'ocasió.

Segons el meu punt de vista, el problema, que ho és, té dos vessants, el de l'horari i el del salari.

El primer, certament, suposa un greu problema per la coordinació del treball en equip, genera importants disfuncions en qualsevol àrea i s'hauria de trobar alguna solució, no sé quina, però en el context actual ja no sembla raonable mantenir-se en aquesta situació. Cal dir que s'ha afirmat a bastament i de forma calculadament equívoca: "Només fan dues hores i mitja", sense dir als mitjans de comunicació que l'horari legal és de les nou del matí a les cinc de la tarda i n'hi ha que el fan i n'hi ha que no, però, en aquest cas, qui l'havia de fer complir no hauria d'haver estat el que ara s'exclama?

Més perillosa sembla l'afirmació

que han fet que això equivaldrà a augmentar unes 400 places i escaig l'assistència primària (AP), la qual cosa és evident que és una fal·làcia en tota línia; cada quota és personal i el que augmentarà seran les hores de dedicació a aquella quota concreta. Aquesta afirmació em preocupa força, per allò que potser poden pensar que no caldrà estendre el pla de xoc que ens havien promès i que tant necessita l'AP.

Aquests gestors, en un to acusador, val a dir-ho, assenyalen aquests professionals tot dient que

· Sembla clar que la intenció ha estat la destrucció del sistema públic sanitari atacant el punt fonamental: els professionals

per la seva manca de dedicació horària no fan ni prevenció, ni promoció, ni educació per la salut, ni programes establerts com el d'atenció domiciliària.

Però es pot afirmar que això mateix passa a moltes àrees bàsiques arreu de Catalunya que tenen tot el personal reformat i que ofegats per la massificació de les consultes no poden fer res més, i ja és molt, que l'assistència pura i dura en condicions indignes —els esquistos 10 minuts encara són un somni—, i això sí que és total responsabilitat d'aquests mateixos gestors, però sembla que quan el problema es deriva de la seva actuació la cosa adquireix matisos diferenciadors i atenuants, fins i tot, eximents.

Pel que fa al tema del salari, sembla que és el veritable objectiu d'aquesta campanya. Com, si no, s'explica el fet que donin la xifra de 800 i escaig professionals en

aquesta situació quan molts ja fa temps que estem en horari *reformat*? Si ja complim amb aquesta qüestió, quina nosa fem? Diuen que guanyem entre 10.000 i 14.000 euros a l'any més que els nostres companys, per això se'ns aplica el terme *privilegiats*. Certament, som privilegiats, guanyem com un metge d'AP de Portugal (amb un altre nivell de vida, és clar), però cal que tots pensem el següent: ¿Què ha hagut de passar perquè el que fa 20 anys era el sistema retributiu de tots i les condicions salarials de tots ara sigui un privilegi haver-ho pogut mantenir amb la llei a la mà?

¿Es, potser, que s'ha anat disminuint incessantment el poder adquisitiu dels professionals sanitaris fins arribar a ser el grup professional que més l'ha vist reduir a tot Espanya en els darrers vint anys? O ser els metges pitjor pagats de l'Europa dels 15?

Què ha pretès l'Administració? Quin paper han tingut els sindicats? I els col·legis? Qui ens ha defensat davant aquesta pèrdua constant? Som privilegiats o la resta dels professionals són uns damnificats? No diuen que els professionals són el principal actiu d'aquest sistema

Errors mèdics: aproximació des de la psicologia

Manel Pena · CAP Pla d'Urgell

Encara que l'estàndard de la medicina és la perfecció — tractar el pacient sense errors — tots els metges reconeixen que els errors són inevitables. Lucian Leape

Tant pel seu impacte sobre la sensibilitat social com pel seu ressò en els mitjans de comunicació, segurament tot hom estaria d'acord a considerar els errors mèdics entre les causes generadores d'alarma en la societat en què ens toca viure avui.

Google, un dels motors de recerca a Internet més utilitzats, ens mostra 2.410.000 entrades per *medical errors* i 814.000 per l'equivalent *medical mistakes* i encara són més impressionants les entrades del cercador Yahoo, que són 5.220.000 i 1.730.000, respectivament.

El més modest Terra ens troba 26.656 entrades per *errores mèdicos*.

Una de les definicions d'error mèdic més acceptades és la de l'*Australia Safety and Quality Council*: "Una acció o omissió amb conseqüències potencialment negatives per al pacient i que seria jutjada com a desencertada per altres metges capacitats."

Tot i que és difícil quantificar la seva prevalença:

- En atenció primària es pot estimar un 1% de totes les actuacions —en fàrmacs, 4 errors per 1.000 prescripcions— (P. Clark, 2004).
- En atenció hospitalària oscil·la entre el 3,5% (estudi Colorado-Utah) i el 16,6% (estudi d'admissions als hospitals d'Austràlia).

L'exercici de la professió mèdica en la societat dels nostres dies té lloc en un escenari de barreja d'informacions i percepcions, algunes de fictícies i poc estructurades:

- Per una banda, els mitjans d'informació, creadors d'opinió pública, envien constantment el següent missatge: "La medicina avui està molt avançada i tots viurem molts anys."
- Per l'altra, el gerencialisme, organitzador des de fa uns anys de l'assistència mèdica, diu:

"La nostra organització està compromesa amb la qualitat i l'excel·lència."

Si preguntéssim a un usuari ens diria: "Els metges no poden equivocar-se perquè juguen amb vides." I l'opinió pública diu: "Com poden haver-hi errors sense culpable?"

Per tant, si falla quelcom, cal buscar un boc expiatori!

El boc expiatori, en el nostre àmbit, és moltes vegades un metge, fet que contribueix a calmar els ànims però mai ha contribuït a solucionar cap epidèmia.

Com que ningú vol ser-ho, això ha portat el problema dels errors mèdics a plantejaments com la medicina defensiva, que resulten poc operatius per millorar un problema tan generalitzat que, de fet, es dona en totes les organitzacions.

Cercant noves perspectives

Els hàbits de pensament no necessàriament han de ser per sempre. Una de les troballes més significatives de la psicologia en els últims vint anys és que els individus poden escollir la forma en què pensen. Martin Seligman

1- Les organitzacions

La realitat és que els errors mèdics, que són inevitables, solament poden disminuir en organitzacions que:

- a) Utilitzin informació realista.
- b) Practiquin el pensament positiu.
- a) Informació realista:

Tipus d'errors: *Reports of health care errors**

Errors de procés	340
Errors d'administració	81
Errors d'indagació	72
Errors de tractament	110
Errors de comunicació	62
Errors dels treballadors de salut	10
Errors de coneixements i habilitats	89
Errors al realitzar les tasques clíniques	14
Errors en el diagnòstic	54
Decisions de tractament errades (malgrat un correcte diagnòstic)	21

*Adaptat de "An International Taxonomy for Errors in General Practice: A Pilot Study", *Medical Journal of Australia*, juliol, 15, 2002.

Causas d'errors segons els metges

Factors individuals:

- Fatiga física i mental
- Excés de feina
- No tenir el coneixement específic

Factors del sistema:

- Baixa ràtio de metges
- Equipament inadequat
- Moltes hores de treball
- Pressió de temps
- Mal funcionament de l'equip

Albert W. Wu, 2003

- En atenció primària i hospitalària moltes vegades cal decidir en un entorn d'incertesa.
- La medicina arriba on arriba i moltes vegades és més *care* (cuidar) que *cure* (curar).
- La major part d'errors són de pro-

cediment-burocràcia i pocs de coneixements o habilitats.

b) Des del punt de vista del pensament positiu cal:

- Desplaçar la culpa individual i tenir una perspectiva col·lectiva.
- Dins la perspectiva del sistema, els errors s'entenen com una cadena de circumstàncies que impliquen múltiples actors, si entenem l'organització com un tot.
- Forçar el sistema per detectar els errors latents (accidents que s'esperen que tindran lloc pel pobre disseny de les organitzacions).
- El model de la indústria (com l'aeronàutica) és millor que el model mèdic: "Els errors han de ser acceptats com a símptoma dels defectes del sistema, no com a errades personals de caràcter."

2- Les persones
Què puc fer com a individu per desenvolupar-me millor en el tema dels errors mèdics?

- Objectius
- Conèixer com es produeixen molts errors
 - Afrontar els errors
 - Prevenir

1- Conèixer com es produeixen molts errors:

L'aportació de la psicologia del comportament: *els heurístics*.

Els humans prefereixen reconèixer patrons abans que calcular, així que estan molt esbiaixats per buscar solucions preempaquetades.

Model cognitiu de Rasmussen

L'ésser humà funciona en tres àmbits des d'un punt de vista cognitiu:

- Basat en habilitats: instruccions preprogramades o esquemes en gran manera inconscients. Funciona en la rutina. Són els hàbits.
- Basat en regles: la solució a problemes familiars es fa per regles emmagatzemades: "si x, doncs y".
- Basat en coneixements: utilitzat per a noves situacions més complexes que requereixen el coneixement emmagatzemat. És el més creatiu, però també el menys utilitzat.

Classificació dels errors de Lucian Leape:

Patinades (slips): tasques basades en habilitats.

- Captura: un esquema més freqüentment utilitzat en captura un de més infreqüent. Per exemple: vas de vacances amb el cotxe, però acabes a la feina perquè automàticament fas el recorregut de cada dia.
- Pèrdua de memòria temporal, de vegades per interrupcions.

Hi influeixen factors fisiològics: fatiga, poca son, malaltia... I psicològics o emocionals: por, frustració, avoriment..., que estan condicionats per relacions interpersonals, sobrecàrrega, estrès, etc.

Errors (mistakes): succeeixen durant la resolució de problemes quan escollim una regla errònia.

- Veiem el que coneixem: necessitem coneixements, dificultat per *obrir la ment*.
- Memòria esbiaixada: una experiència contradictòria prèvia sobre una malaltia rara pot haver deixat una impressió que, a més, ponderi el seu pes estadístic. Per exemple, si diagnostiques una tuberculosi per una tos crònica, en els següents pacients busques tuberculosi.
- Disponibilitat heurística: tendència a usar la primera informació que ve a la memòria. Per exemple, quan veus una odinofàgia estàs buscant

- Canvi cultural: reconèixer que l'error mèdic és inherent a la pràctica mèdica.

3- Mesures preventives

Ergonòmiques:

- Evitar la fatiga. Per exemple, limitar les hores de treball, diversificació de tasques (no només clíniques, sinó també incorporar investigació).
- Bona relació amb els companys. Per exemple, fomentar sessions de grup, catarsis.
- Sentit de l'humor. No al supermetge (reconèixer la nostra humanitat i les seves limitacions).

Personals

- Acceptar les nostres limitacions i la possibilitat d'error. Comparar les decisions i la incertesa amb el pacient.
- Disponibilitat heurística: no donar el diagnòstic per tancat. Considerar-

◆ **La solució al gran problema dels errors mèdics ha d'estar enfocada en diversos àmbits d'una manera simultània**

◆ **En atenció primària i hospitalària moltes vegades cal prendre decisions importants en un entorn d'incertesa**

amigdalitis pultàcia.

- Biaix de confirmació: tendència a buscar evidències que suportin una primera hipòtesi de treball.

- *Conning of attention* sota stress. En aquest estat tenim tendència a focalitzar l'atenció solament en un aspecte. És el cas que explica que en un accident d'autobús tots els passatgers vulguin sortir per una porta d'emergència bloquejada sense adonar-se que hi ha un forat enorme a l'altra part per on també es pot sortir i sense esforç.
- Biaix racial, etc.

2- Afrontar els errors

Adreçat al problema:

- Acceptació de la responsabilitat.
- Assessorament per entendre la natura de l'error.
- Assessorament per corregir l'error.
- Insinistrament per resoldre problemes.

Adreçat a manegar l'estrès emocional causat pel problema:

- Recerca de suport: parlar amb un col·lega, un amic o la parella, parlar amb el pacient.
- Autocontrol emocional.

lo provisional en l'actual escenari.

- Biaix de confirmació: revalorar els diagnòstics.

- *Conning of attention*. En cas d'estar psíquicament o físicament alterat, no prendre decisions en aquests moments. Centrar-se a conservar/millorar la relació amb el pacient i ajornar les decisions per a moments de més calma.
- Biaix de confirmació: buscar una segona opinió.
- Reduir la dependència de la memòria: utilitzar suport informàtic per a actualitzacions terapèutiques o farmacològiques.
- Estandardització de tasques.
- Utilitzar una metodologia diagnòstica basada en categories i criteris i fugir dels diagnòstics analògics basats en la intuïció.

L'enfocament d'un gran problema com els errors mèdics ha de ser per actuar en diversos àmbits d'una manera simultània. Només una actuació positiva sense buscar culpables pot disminuir el problema. En aquest sentit, els errors són una gran font d'aprenentatge. Un bon abordatge pot arribar a *turning the lemons into lemonade*.

L'estrall de la fam a Lleida a través del temps

La fam, juntament amb la pesta i la guerra, ha estat un dels grans flagells que ha patit la humanitat al llarg de la història. Iniciarem aquesta anàlisi sobre la fam a partir de l'any 1333, conegut per la seva intensitat i greus conseqüències com 'lo mal any primer', i finalitzarem al segle XIX.

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

Després de la primera etapa repobladora iniciada arran de la Reconquesta, seguí un gran impuls demogràfic, amb un important i progressiu augment de la població, que no es deturà fins a les darreries del primer terç del segle XIV.

Influí, en aquell primer període de prosperitat, la bona evolució de l'agricultura, propiciada per una favorable meteorologia, amb anys de molt bones collites i, per tant, amb una població ben alimentada. Tot i que la mortalitat era elevada, sobretot la infantil, també ho era la natalitat, amb un balanç molt positiu d'aquesta sobre aquella.

Aquell llarg període de prosperitat va finir. Vers l'any 1329, al país s'inicià la que seria la gran davallada econòmica de la segona meitat del segle XIV. Com hem dit, l'any 1333 es va conèixer arreu com *lo mal any primer*.

Molts van ser els factors determinants d'aquella profunda crisi. Es començà a patir un llarg període de sequera, amb la inevitable conseqüència de mines collites i, per tant, de fam i misèria. Repetides plagues de llagosta van agreujar encara més aquella ja de per si pèssima situació, la qual cosa originà un augment significatiu de la delinqüència, principalment la de robatoris de productes alimentaris com blat, farina i gallines, entre d'altres. De res serviren les sentències exemplars que aplicaven els jutges, els quals no dubtaven gaire a penjar a la forca un lladre reincident o, si més no, a amputar-li la mà dreta. Del que no se n'escapava cap és que li fossin tallades les orelles amb la finalitat que tothom, al veure'l, conegués la seva condició.

A Lleida, el 20 d'agost de 1339, va ser penjada a la forca la lladre reincident Jaumeta. Abans, però, li va ser aplicat el timent de la roda perquè delatés si tenia altres companys còmplices.¹ El 13 de novembre va ser enforcat Perico Boquer, el qual temps enrere ja havia estat desore-

llat. Abans de morir manifestà que si havia robat era perquè es moria de fam.²

Pensem que el pa i el vi constituïen la base de l'alimentació de la major part de la població, especialment de les classes populars. La falta d'aquests productes implicava morir de fam, ja que l'alt preu del que s'havia d'importar d'Aragó o, fins i tot, d'ultramar, ho feia inassequible per a molta gent.

Recordem els refranys: "amb pa i vi es fa camí", "el pa no té cames però fa caminar", "el pa fa carn i el vi fa sang", "les penes amb pa fan de més bon passar". Els altres aliments que es consumien en els àpats diaris s'anomenaven *companatge*, és a dir l'acompanyament del pa.

A més d'escassos, els aliments eren de molt mala qualitat. Així, el juliol de 1340, els flequers van haver de ser advertits per l'autoritat perquè fessin un pa millor. El mostassaf passaria a inspeccionar les fleques per retirar el que fos defectuós.

En aquells temps, la carn estava principalment destinada a l'alimentació dels malalts, per la qual cosa era important que fos de molt bona condició. Fora d'aquest col·lectiu solament les persones benestants podien consumir-la.

La carn que en aquells períodes de penúria solien subministrar els carnisers procedia de ramats castellans, era magra i considerada d'ínfima categoria, en detriment o damnatge de la gent.

Es prengué l'acord que el mostassaf pogués retirar-la tant al comprador com al venedor i donar-la als hospitals. Aquesta determinació demostra la poca consideració de les autoritats vers els malalts pobres. S'obligà que, almenys per al consum dels malalts, els carnisers disposessin de carn de cabrit de llet.³

Contrastaven els excessos d'alimentació de la gent benestant en aquells períodes de carestia.

Per posar dos exemples, l'any 1337, un testimoni en un judici manifestà que es va



Cura amb què es mesurava el blat a l'arribada del vaixell que el transportava. Retaule de Jaume Cabrera. Segle XV. Catedral de Manresa.

mortalitat dels infants (1362) i mortalitat dels mitjans (1371), per raó de l'edat que tenien la majoria dels qui moriren, i també l'extremament mortífer de 1384.

Un altre esdeveniment és la guerra dels dos Peres, que va enfrontar Pere III —dit el *Cerimoniós* o el *del Punyalet*, rei de Catalunya-Aragó de 1336 a 1387—, amb Pere el Cruel de Castella. Aquest conflicte va ser de nefastes conseqüències per a les nostres contrades, les quals eren plenes de soldats i la gent fugia, ja que les seves migrades collites eren malmeses i les bèsties i tota mena d'aliments eren confiscats.

L'alimentació que es donava als pobres en les institucions benèfiques consistia en un sol àpat al dia i s'establien diferències quant a la quantitat de ració segons es tractés de joves, adults o dones.

Els *hospitals* que de tant en tant hi havia vora els camins, destinats a donar aixopluc a viants i pelegrins, oferien als qui sol·licitaven socors un tros de pa i un got de vi.

Cap d'aquests tres estralls de pesta, fam i guerra deixà d'incidir amb força a la Lleida del segle XV, cosa que no és d'estranyar ja que sempre els tres flagells solien anar lligats.

D'epidèmies de pesta destacarem, per la seva gravetat, les dels anys 1452, 1457, 1466, 1482, 1486, 1490, 1494 i 1495. La meteorologia adversa, amb un resultat de pessimes collites, incidí amb més o menys intensitat durant tot el segle.

Com a exemple, el 27 de maig de 1402, Bell-lloc hagué de manllevar 5.000 sous "per raó de la sterilitat i sechetat del temps que fa, no han què menjar e per ço que lo loch està en pas de despoblació". Lleida havia prohibit que cap veí vengués blat fora de la ciutat "per la sterilitat del temps en que som posats i la indigència molt gran que hic ha de blats".⁶

La guerra civil del temps de Joan II es produí entre els anys 1460 i 1465. Quan Joan II envidià de la seva primera esposa, Blanca de Navarra, i es mullerà de nou amb Joana Enríquez de Castella, aquesta influí perquè desheretés el seu primogènit, el príncep Carles de Viana, a qui va fer empresonar el 2 de desembre de 1460 amb l'exclusa que complotava contra ell amb el suport del rei de Castella. Per aquest motiu, Catalunya es va veure dividida en dos partits: joanistes i vianistes.

Tres mesos després, el 23 de desembre, Carles morí tòxic a Barcelona. El poble va creure que havia estat emmetzinat per partidaris de la seva madrastra, idea que empitjorà encara més les relacions entre Joan II i els catalans i, consegüentment, precipità l'inici de la guerra civil. Els catalans nomenaren rei Pere de Portugal, nét de Jaume I.

Tal com es temia, Joan II inicià la invasió

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

◆ La carn subministrada era d'ínfima categoria

◆ El pa i el vi constituïen la base de l'alimentació de la població

de peix o carn.

El dia 29 arribà a Barcelona i hagué de ser visitat pel metge, que li receptà "exarops, ungüents i un empastre a la melsa".

Malgrat la seva *malaltia*, aquell dia consumí, per dinar, un quart de cabrit amb espinacs i per sopar, una polla, mitja lliura de "sucre de confort" i taronges. La dieta del pobre criat va consistir en sis diners de pa i vi.⁵

Altres esdeveniments atziacs complicaren aquella ja de per si difícil situació.

Els períodes d'extrema penúria i fam sempre han propiciat l'aparició de les tan temudes epidèmies de pesta, amb les seves mortíferes conseqüències.

I així va ser en aquella ocasió. L'any 1348 arribà la pesta negra, una greu epidèmia que ocasionà la total o quasi total despoblació de molts llocs. Al segle XIV encara es patiren tres brots epidèmics importants, coneguts, els dos primers, amb el nom de

per les terres de Lleida. La guerra s'anà estenent amb violència i excessos de tota mena comesos per les tropes, la qual cosa provocà la ruïna i la desolació dels pobles per on passaven.

En un escrit, els paers de Lleida reflectien així aquella situació: "Considerant la gran necessitat que la present ciutat de Leyda és per la guerra que lo senyor Rey fa en Catalunya, cremaments de lochs, robaments i altres molts dampnatges, special en la dita ciutat on nos poden recollir los blats per les continues corregudes que lo dit senyor e companyia sua fan e aprenaments de moltes e diverses persones, bèsties acsí grosses com menudes en lo terme de la dita ciutat, atenent encara ésser lo poble menut posat en gran necessitat de pobresa per les dites raons."⁷

Els paers de Lleida, el 24 de gener de 1464, escrigueren als consellers de Barcelona per expressar la dramàtica situació en què es trobaven i el seu desànim per l'abandó de la ciutat en no rebre cap mena d'ajut. La gent es moria de fam i cansada de guerres es passava a l'altre bàndol, cosa que feia que es despo-blés la ciutat.

Durant el setge de la ciutat, iniciat a mitjan juny de 1464, a manca de blat, els forners elaboraven el pa amb farina del gra de llinosa. D'un sac de blat se'n arribà a pagar 22 florins i mig. La carn era tan escassa que d'un cap d'ase se'n donà set sous. Segons Zurita, fins i tot es menjaven "las bestias inmundas y otras brutezas". De fruita només en podien consumir els qui disposaven d'un hort dins de la ciutat.⁸ Lleida capitulà el 6 de juliol de 1464.

Això no obstant, les males collites continuaren, com també aquelles crisis que caracteritzaren el segle XV. La ciutat era incapaç d'atendre les necessitats de pa de veïns i estudiants forans. Se'ls requisà el blat a tots aquells que en tenien més de l'estrictament necessari. Hagué de tornar-se a importar d'altres indrets malgrat l'alt cost que suposava. La penúria en què es vivia feia que els malalts de l'hospital patissin fam.

A Lleida, el prior de l'hospital clamava a la Paeria dient: "Los pobres se pereixen de fam perque lo carnicer nols vol donar carn ni la pastadora pa perque pretenen que per lo dit spital los es molt degut."⁹

Per altra part, l'any 1521, els infants acoïllits a l'Hospital del Sant Esperit morien d'inanició perquè no es podia pagar les dides, per la qual cosa no els volien alletar. El comanador del centre, fra Joan de Torrelles, va ser detingut per haver-se apropiat dels diners destinats a subvenir la corresponent despesa.¹⁰ El poble va arribar a relacionar aquella mortaldat d'infants amb l'aparició de la pesta que durant aquells dies patia la ciutat, ja que es pensaven que fins que aquella anormalitat fos reparada

l'epidèmia i les morts que ocasionava no cessarien. Hom creia que una de les principals causes d'aparició de la pesta era la conducta pecaminosa de la gent.

El pa i el vi constituïen, com hem dit, la base de l'aportació calòrica de l'alimentació. Sorpren que a Tortosa, a les bagasses que reclouïen a l'hospital els dies de Setmana Santa —per evitar que exercissin llur ofici i així contribuïssin al "pecat dels homes en dies tan sagrats"—, se'ls subministrava per a llur alimentació vora un quilo de pa i un litre de vi diaris a cadascuna.¹¹

Molts van ser també els anys del segle XVII que continuaren amb una meteorologia adversa i, per tant, de males collites. Aquesta situació es va veure agreujada

per ingents plagues de llagosta que arrasaven el poc que restava als camps.

Una altra plaga d'aïtals efectes va ser la del *garrapatell*. Es tractava d'un insecte hemípter que assolava tota mena de col·lites i contra el qual no hi havia cap més remei que invocar sant Gregori, protector d'aquesta plaga. Fins i tot la pagesia acudia al poble de Penyalba a cercar la coneguda aigua de sant Gregori, que s'aspergia pels camps afectats.

Lleida també patí molta fam durant la guerra dels Segadors, en ocasió dels setges dels anys 1644 (conegut amb el nom de Santa Cecília) i 1647, tant per la seva durada com per la quantitat de soldats defensors de la plaça, que provocaren l'esgotament dels queviures emma-

gatzemats.

El mateix succeí l'any 1707, durant el setge que patí la ciutat en ocasió de la guerra de Successió. En aquell cas, Lleida es veia incapaç d'atendre les necessitats d'aliments dels refugiats que, en nombre creixent, arribaven dels llocs circumveïns envaïts per la soldadesca. No disposava de queviures suficients i implorava un ajut que no arribava: "Es crescut molt lo numero de la gent que ha entrat forastera a refugiar-se dins esta ciutat o per haver lo enemich decastat, destruit i robat lo molt i poch que quiscú tenia. Los estragos que lo enemich ha ocasionat i ocasiona actualment en aquesta horta son numerosos pues no deïxe arbres, cànems, vinyes y tot quant pot ser útil, per poc que

sie, als moradors de esta ciutat. Y judicam que sent així, que la horta que tan dilatada i tant ben plantada que estava, apareixerà àrida."¹²

És fàcil imaginar l'aspecte de total devas-tació i ruïna que devien oferir la ciutat i els pobles del seu entorn. S'ha dit que aquesta desfeta va ser la més cruel i ferotge de totes les que s'ha vist obligada a suportar la ciutat de Lleida al llarg de la seva història.

Molts són els elements desestabilitzadors que incidiren en el segle XIX, com en els anteriors, a provocar un període d'extrema penúria: la guerra del Francès, les successives guerres carlines, les epidèmies de còlera (especialment la de 1885) i una meteorologia entossudada, com en

de l'època consta que moltes de les defuncions van ser produïdes pels "maltractaments rebuts dels francesos" o simplement per "morir de fam".

Crítiques van ser també les conseqüències ocasionades principalment per la primera guerra Carlina (1833-1840). L'estiu de 1836, els escamots de les partides carlines, amb tota llibertat pel pla de Lleida, l'Urgell i les Garrigues, entraven als pobles i exigien als seus habitants el lliurament de tota mena de queviures i diners. Per assegurar-se l'obtenció de guanys fàcils, no dubtaven a segrestar personatges importants de la població per obtenir substancials rescats.

L'esterilitat del temps provocà que l'escassetat d'aliments fos també habitual,



◆ **Les guerres, les epidèmies i la climatologia provocaren anys de penúries**

◆ **L'any 1812 va ser conegut com l'any de la fam per la manca d'aliments**

segles anteriors, a afavorir el baix rendiment de la nostra agricultura.

Tenim moltes notícies, ja que aquest període és relativament proper a nosaltres, dels estralls provocats per les tropes franceses durant la guerra que s'inicià el 1808. En començar el mes d'abril de 1810 tot el Baix Segre era sota el poder de l'exèrcit francès. Lleida estava completament encerclada i aïllada. El 7 de maig, l'enemic inicià l'atac a la plaça amb foc d'artilleria, el 13 ocupà el castell de Gardeny i el 14 la ciutat es va veure obligada a capitular. Durant els dos primers dies, els invasors cometeren tota mena de violències i saqueigs. Malgrat la manca de queviures provocada per les forces ocupants, el poble es veia obligat a pagar fortes contribucions extraordinàries destinades a mantenir l'exèrcit enemic.

Va ser tanta la manca de tota mena d'aliments que l'any 1812 va ser recordat durant molt temps com l'any de la fam. La mortalitat va ser molt alta i en documents

amb més o menys intensitat segons les anyades, durant la resta del segle XIX.

Per tradició oral coneixem el dramatis-me d'algunes situacions de penúria extrema d'aquells anys. Una veïna de la Baronia de Rialb ens explicà que a casa seva eren molts germans. La mare, per poder mantenir-los, al pastar el pa afegia farina d'agllans a l'ordinàriament emprada d'integral de blat. Així aconseguia, a més d'abaratir-ne substancialment el cost, que en mengessin menys perquè era menys apetitós. Com que malgrat això encara en menjaven massa, optà per, abans d'enfornar-lo, regirar la pasta amb un tió cremat, que, al conferir-li certa amargor, el feia encara més desagradable al paladar. Dramàtica la situació de penúria d'aquella pobra mare.

S'ha dit que actualment moren al món diàriament 24.000 persones de fam. Si la notícia és certa, la dada és molt preocupant.

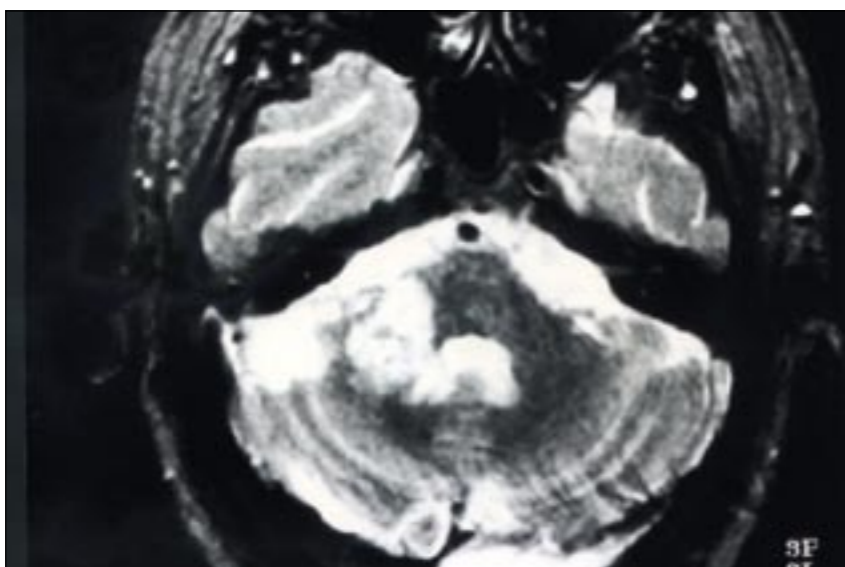
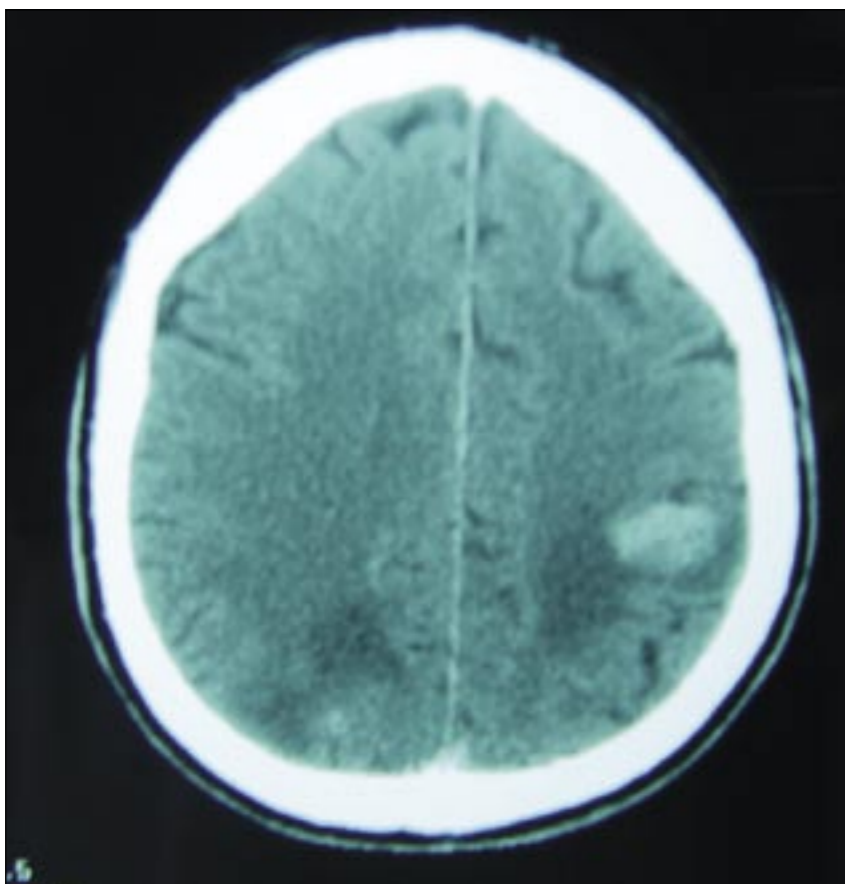
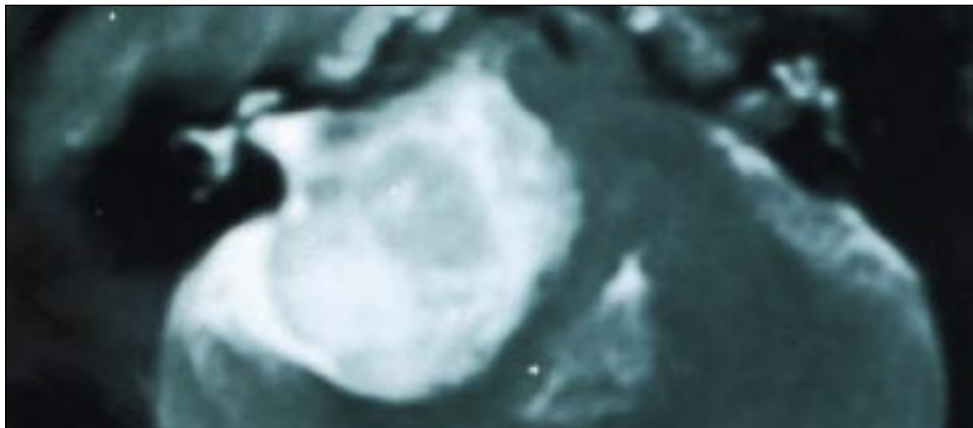
BIBLIOGRAFIA

- (1) Camps i Clemente, M. *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*, UdL, Lleida-Alcarràs, 1998, pàg. 36.
- (2) Camps i Clemente, M. *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana*. Seminari Pere Mata, UB, Barcelona 2001, vol. I, pàg. 86.
- (3) AML. Reg. 460, foli 5 v.
- (4) AML. Reg. 787, foli 60.
- (5) Camps Clemente,

- M.; Camps Surroca, M. *L'alimentació hospitalària a Catalunya a la baixa edat mitjana, a l'Col·loqui d'Història de l'Alimentació a la Corona d'Aragó*, IEI, Lleida, 1995, vol. II, pàg. 885-906.
- (6) AML. Reg. 404, foli 7.
- (7) ACL. Actes Capitulars, núm. 16, pàg. 205.
- (8) Lladonosa i Pujol, J. *Història de Lleida*, ed. Camps, Tàrrrega, 1972, pàg. 699.

- (9) AML. Actes 1519-1522, foli 120.
- (10) AML. Cartulari 1512-1522, foli 75.
- (11) Camps Clemente, M.; Camps Surroca, M. *L'alimentació hospitalària a Catalunya a la baixa edat mitjana, a l'Col·loqui d'Història de l'Alimentació a la Corona d'Aragó*, IEI, Lleida, 1995, vol. II, pàg. 893.
- (12) Camps Clemente, M. *Història de la vila d'Alcarràs*, Ajuntament d'Alcarràs, 2003, pàg. 130.

El dimoni presideix el convit que ofereix el bisbe malgrat la fam imperant al país. Segle XV. Museu d'Art de Catalunya.



A la imatge superior, neurinoma de l'acústic. A la imatge del centre, metàstasi cerebral.
A la imatge inferior, infart de la zona de l'AICA (art cerebel·losa).

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

El tractament quirúrgic es basa en la inutilització del laberint afectat de diverses formes, algunes tècniques permeten poder mantenir l'audició, si aquesta encara és bona.

3.- Vertigen posicional

Vertigen que s'inicia amb els canvis de posició, és sobtat i breu i generalment limitat, és a dir, la major part de les vegades es resol espontàniament al cap de dues o tres setmanes. Els símptomes auditius no solen acompanyar el quadre.

Les causes desencadenants més conegudes són els traumatismes i la cirurgia, però existeix una gran quantitat de pacients que s'etiqueten d'idiopàtics perquè l'origen és desconegut.

La patogènia es basa en l'existència de material basòfil que procedeix de les otocònies de l'utricle. El comportament i la posició del material otoconial s'intenten explicar mitjançant dues teories, la cupulolitiasi i la conductolitiiasi.

El diagnòstic és clínic. La maniobra exploratòria fonamental és el test de Dix-Hallpike, que consisteix a col·locar el pacient en la posició desencadenant del vertigen i estudiar el seu nistagme. Hi ha altres maniobres descrites que serveixen per al mateix.

Molts vertigens residuals poden comportar-se com a vertigens posicionals.

El diagnòstic diferencial serà amb tots els vertigens i/o inestabilitats que cursin amb posicionalitat.

El tractament és fonamentalment físic.

- Maniobres d'alliberació tipus Semont, que busca recol·locar les partícules mitjançant moviments bruscos. De vegades, el vertigen desapareix en dues o tres sessions
- Exercicis de rehabilitació. La rehabilitació vestibular és una de les modalitats terapèutiques fonamentals en la inestabilitat de tipus crònic i posicional. Es basa en el conjunt d'activitats centrals que es posen en marxa després d'una lesió vestibular amb l'objectiu de recuperar la funció perduda. La compensació suposa la reorganització anatómica i funcional del sistema vestibular i de les àrees cerebrals interconnectades.

Tot això es du a terme mitjançant uns exercicis actius, d'habitació, d'estabilització de la mirada i de control postural.

- Els fàrmacs poden utilitzar-se en les fases agudes, però no són el millor tractament.

Diagnòstic diferencial del vertigen de característiques centrals

La síndrome central es caracteritza perquè no és harmònica ni proporcionada, és a dir, és incompleta, perquè no s'afecta la totalitat de la via vestibular, és més freqüent en l'adult i l'ancià, es caracteritza per un inici menys sobtat, de llarga durada i amb fluctuacions. La sensació principal es la inestabilitat o la inclinació, és rara l'aparició de simptomatologia vegetativa i òtica (acufens, sensació d'hipoacúsia i ocu-

pació) i normalment s'acompanya d'altres símptomes i signes relacionats amb les estructures neurològiques afectades. És per això molt important l'exploració neurològica a tots els pacients que vénen per vertigen i/o inestabilitat (quadre 1).

Tractament de la síndrome central

És clar que el fonamental serà poder tractar l'origen de la malaltia. En ocasions necessitem tractar els símptomes i quasi sempre s'ha de tenir en compte l'existència d'una evolució tòrpida de tipus crònic que cal millorar.

En resum podem dir que cal establir:

- Tractament específic per cada patologia.
- Tractament simptomàtic per controlar el vertigen i sobretot les nàusees i els vòmits. Utilitzarem els fàrmacs, generalment per tots coneguts. Podem utilitzar antihistamínics, sedants vestibulars i neuroleptics durant la crisi. És important no perllongar el tractament, perquè la majoria dels fàrmacs esmentats interfereixen en els processos fisiològics de compensació i poden retardar la rehabilitació i alhora produir efectes secundaris de tipus extrapiramidal.
- Exercicis de rehabilitació. Per afavorir els processos de compensació vestibular i central. És important començar-los al més aviat possible i repetir-los tan freqüentment com el pacient els pugui tolerar per aconseguir la millor reintegració del vertiginós a la normalitat.



Representació pictòrica dels canals semicirculars

És important establir la diferència entre la crisi sobtada i el vertigen o la inestabilitat residual a fi i efecte de poder realitzar el tractament més adient en cada moment.

Veiem que, en l'actualitat, la farmacologia no és fonamental en la major part de processos que cursen amb trastorns de l'estàtica. Per contra, el tractament rehabilitador i postural va prenent una importància capital a l'hora de controlar la major part de les inestabilitats residuals i els vertigens

crònics i posicionals.

L'exploració i la clínica han de ser fonamentals per decidir si el procés que estudiem pot arribar o no a ser greu, invalidant o se'n poden derivar problemes posteriors, sobretot en aquells vertigens d'origen central que, tot i tenint poca simptomatologia, poden amagar una patologia important, com ara l'esclerosi múltiple o el neurinoma de l'acústic, més freqüent del que es pensava.

Malalties sexualment transmissibles (I)

M.B. · Dermatòleg

Les malalties sexualment transmissibles han sigut companyes inseparables del decurs històric i evolutiu de l'espècie humana des que érem a les cavernes i qui sap si encara de més enrere, han provocat patiments físics i emocionals com poques altres malalties i han estat al rovell de l'ou de la medicina durant segles. Fins fa molt poc, uns pocs quinquennis, les malalties sexualment transmissibles (MST) clàssiques s'havien esmuntat en un racó més aviat fosc de l'escenari, el qual era monopolitzat per l'estrella de la funció durant les dues darreres dècades, la sida. És clar que això fa referència a la part del món que en diem desenvolupat, ja que en altres contrades —que tots sabem i sovint oblidem que ocupen la majoria de la Terra— les MST no han deixat de fuetjar la nostra espècie en estreta aliança amb altres epidèmies. Un petit exemple: l'OMS publica en el seu informe anual de l'any 2004 que de les 157 morts per sífilis estimades per al 2002, a Europa i Amèrica del Nord no n'hi ha cap.

Des de fa uns tres anys, i sembla que paral·lelament a les bones notícies sobre la sida en el Primer Món, les MST treuen de nou el cap a les consultes i els laboratoris i provoquen l'estupefacció de pacients i professionals, que no s'acaben de creure que el retorn sigui possible. Però les xifres que ens comuniquen els epidemiòlegs són tossudes i reflecteixen un augment considerable de la seva incidència. Amb algunes diferències d'un país a un altre, sovint notables, les línies de la majoria de gràfics han pres un sentit ascendent.

Fent confessió prèvia de la injustícia que de ben segur implica aquesta opció, ens referirem sobretot a dades epidemiològiques del nostre hàbitat socioeconòmic i cultural, de l'interior d'aquesta bombolla de benestar que, al cap i a la fi, és com les altres, una escola de cadàvers.

No es pot parlar pas de situació d'epidèmia o d'endèmia general com abans de l'època dels antibiòtics. Ara ens referim a un trencament sobtat de la tendència que seguien les taxes d'incidència envers l'estabilització o, clarament, a la baixa. Ara per ara, el fenomen sembla afectar col·lectius i hàbitats concrets, sobretot homes joves que tenen sexe amb homes, la majoria VIH+, de medis urbans. Però ja es detecten indicis o bé clares evidències de l'extensió envers altres estrats socials. Lògicament, aquestes asseveracions es refereixen solament a les MST de les quals es tenen registres acurats, bàsicament d'aquelles de declaració obligatòria. Es desconeix l'evolució numèrica real de la resta.

A França, les MST no són de declaració obligatòria, però una xarxa de centres comunica les seves troballes, i s'ha detectat que la incidència de sífilis s'ha doblat a la regió de París i en cinc departaments administratius

més del 2000 al 2003. L'any 2004 comença a declinar en la primera localització i augmenta en la segona. Cal dir que al país veí també han emprat un mètode indirecte de comprovació d'aquestes xifres, la venda en farmàcies extrahospitalàries de penicil·lina benzatínica, i l'increment fou també molt important. A Alemanya, la incidència s'ha doblat de l'any 2002 al 2003 en les quatre ciutats més habitades pel que fa als homes, amb xifres de 20-40 casos/100.000 hab./any, on 3/4 parts són HSH. Les dades no es modifiquen en les dones i en el grup d'homes heterosexuals, que continua essent major que en les dones, però aquests darrers representen un percentatge del total més gran que en



Fig. 2 Xancre sifílic: úlceres indolores de base infiltrada

els altres països de l'Europa occidental. Això s'atribueix a la gran mobilitat de sexe barat envers les nacions exsoviètiques de la rodalia, on la incidència és molt més elevada. Al Regne Unit, sense Escòcia, on les dades són més fragmentades, en el període 1998-2003 s'ha detectat un increment del nombre de casos totals de sífilis infecciosa si entenem com a tal les formes primària i secundària. L'increment ha estat de x25 en HSH, x6 en heterosexuals i x3 en dones, diagnosticats a la majoria a Londres i altres grans ciutats.

A l'altre costat de l'Atlàntic, als Estats Units, s'ha passat de 32.278 casos de sífilis l'any 2001 a 34.270 l'any 2003, amb un increment més notable de les formes de sífilis infecciosa, que passa de 6.100 a 7.177 casos. Les dades provisionals a finals de 2004 confir-



Fig. 1 Herpes simple en gland: vesícules de contingut serós

.....

men la tendència, amb 7.120 casos. Com en altres països, aquest increment de la sífilis infecciosa toca molt més el col·lectiu de HSH de les grans ciutats, però també el grup d'heterosexuals, mentre que declina lleument en les dones. També són evidents les importants diferències racials: més de la meitat dels casos de sífilis infecciosa es diagnostiquen en afroamericans, amb unes incidències per al 2002 negres-blancs de 9.5-1.1. De les xifres publicades als EUA crida l'atenció un increment espectacular dels casos d'infecció per clamídies en els darrers anys, ja que la incidència passa de 251 a 304 del 2000 al 2003 (les dades provisionals el desembre de 2004 ja són un pèl superiors) i l'estabilització de la gonocòccia. Es pot comentar que al Canadà la tendència és similar però més intensa (per

exemple, els casos declarats de sífilis infecciosa dels 8 primers mesos de 2004 eren 689 enfront dels 535 del mateix període de 2003, mentre que els casos totals per a cadascun dels tres anys anteriors foren 480, 285 i 174, amb taxes d'1.5, 0.9 i 0.5); també es compleix que toca més als homes que a les dones (cinc vegades més, en global).

En el conjunt d'Espanya, s'han publicat increments tant en la sífilis com en la gonocòccia i altres MST; així, per a la primera, en els anys 2002-03-04 han estat 734, 917 i 1.024 casos, respectivament. Passa el mateix a Catalunya (amb importants diferències, però, entre els números publicats al BES del Ministeri de Sanitat i al BEC del Departament de Salut), on entre els anys 2001 i 2003 els casos declarats foren 95, 142 i 202, respectivament; la tendència es mantenia i s'accentuava a començament de 2004 (taula 1).

En resum, sembla que aquest estat de coses toca sobretot als HSH joves, de grans ciutats, i que també afecta el col·lectiu heterosexual, encara que amb augments no tan cridaners. Com a possible origen de l'increment d'incidència simultània en diversos països, s'ha assenyalat que la teràpia antiretroviral de gran activitat (TARGA), iniciada gairebé simultàniament a Europa i Amèrica del Nord, és una bona candidata. Ha suposat una reducció en les morts per sida, un increment de la supervivència, una millora de l'estat general que permet el retorn a l'activitat sexual i un estat d'optimisme que duu a pensar als HSH que la sida és ja com qualsevol altra malaltia crònica i que els contactes i pràctiques sexuals d'alt risc ja no tenen un preu tan alt. Les enquestes sobre el comportament sexual en aquest grup demogràfic reflecteixen l'elevada taxa de practicants de sexe no segur amb múltiples companys, tant per part dels ja VIH+ que tornen a l'activitat en trobar-se millor gràcies a la TARGA com per part dels nousvinguts a la vida sexual activa i d'aquells ja sexualment actius però que s'havien mantingut allunyats del risc mantenint una parella estable. Pel que fa al col·lectiu heterosexual, les MST segueixen tocant més els estrats socioeconòmics i culturals més baixos, als quals s'incorporen nous membres de forma continuada procedents tant de les capes mitjanes autòctones com de la immigració, cosa que contribueix a l'augment de la incidència global; també hi ha pogut contribuir la incorporació al mercat de la prostitució de noies de l'Europa de l'Est, on les MST són força prevalents.

Classificació

Podem classificar les MST des d'un punt de vista:

- Històric: MST clàssiques com sífilis, gonocòccia, xancroide, limfogranuloma veneri... i modernes com VHC, sida, amebiasi intestinal.
- Bacteriològic (taula 2):
 - a) M. bacterianes: gonorrea, clamidiosi, sífilis, xancro tou.
 - b) M. víriques: virus herpes, virus de l'hepatitis, papil·lomavirus.
 - c) Micòtiques: candidiasi.
 - d) Protozoàries: tricomoniasi, amebiasi intestinal.
 - e) Ectoparàsits: sarna, pediculosi.
- Sindròmic:

- a) S. de l'úlcer i l'adenopatia genitals: herpes simple, sífilis, xancro tou, limfogranuloma veneri, granuloma engonal.
- b) Uretritis i cervicitis: gonocòcciques i no gonocòcciques.
- c) Malalties amb exsudat vaginal, balanitis: cànides, tricomonies.
- d) Lesions papuloberrugoses: condilomes, mol·luscs.
- e) Ectoparàsits: sarna, polls.
- f) Malaltia pèlvica inflammatòria
- g) Proctitis, proctocolitis i enteritis
- h) Epididimitis
- i) Hepatitis
- j) Infecció VIH

Clínica, maneig i tractament

Abans de descriure aquestes entitats, cal reblar uns quants conceptes. Les MST donen clínica no sols a la regió genital: poden implicar lesions a qualsevol àrea del cos, cutània i/o extracutània. Alguns agents de MST habituals es poden transmetre per contagi no veneri (i serà l'única vegada que emprem aquest qualificatiu, ja que malgrat ser tot un estàndard de la nomenclatura mèdica té unes connotacions no prou políticament correctes). I es poden presentar en qualsevol edat, en totes les condicions sexuals i associades a tota mena d'activitat sexual o parasexual, per infreqüent que sigui o estraforària que pugui semblar (sens dubte, recordeu el cas de gonocòccia per nina inflable).

Comentarem de forma molt resumida la clínica i el maneig de les MST més clàssiques, ja que fer-ho més a bastament no és l'objectiu d'aquestes línies; deixem de banda la sida i altres quadres descrits més recentment. Pel que fa al tractament, ens hem basat en les guies del CDC de maig de 2002 i en les de l'OMS de 2003.

a) Síndrome de l'úlcer i l'adenopatia genital

El diagnòstic etiològic d'aquesta entitat cal recolzar-lo en la història, l'examen físic, la serologia per a sífilis, el cultiu cel·lular o bé la investigació d'antígens d'herpes simple i cultius per a *Haemophilus ducreyi* (en poblacions en què el xancroide és prevalent); la biòpsia cutània pot ser d'utilitat.

◆ **Les malalties de transmissió sexual donen clínica no sols a la regió genital: poden implicar lesions a qualsevol àrea del cos, cutània i/o extracutània**

Herpes simple

Malaltia que cursa amb recidives i el seu agent és el virus herpes simple (serotipus I i II), de reservori exclusivament humà. Es transmet per contacte directe amb lesions cutànies i mucoses o amb secrecions infectades, tant de lesions evidents com de formes no aparents. Té un període d'incubació de 2 a 12 dies.

La clínica consisteix en un carrés de vesícules de contingut serós que s'erosionen, agrupades sobre una placa eritematosa (fig.1), pruent o dolorosa, amb adenopaties inflammatòries locals. L'episodi de la primoinfecció s'acompanya de malestar general, febre i té una duració més llarga que les recidives posteriors.

El mètode de diagnòstic preferit és l'aïllament del virus en cultiu cel·lular; la sensibilitat declina ràpidament amb la curació de les lesions, al cap de pocs dies de l'inici. També es poden demostrar Ag de l'HSV en mostres de les lesions per immunofluorescència directa; la detecció de l'ADN per RCP és molt específica, però el paper que té en el diagnòstic de les úlceres genitals encara no està ben definit. Els mètodes serològics permeten diferenciar entre HSV-I i II; demostrar anticossos específics per al II, com que és gairebé sempre de contacte anogenital, permetria orientar envers MST, mentre que la positivitat per a HSV-I no permet diferenciar entre la infecció orolabial i l'anogenital. Tenen una sensibilitat i especificitat força elevades; serien útils per confirmar el diagnòstic clínic en alguns casos, ja que els falsos negatius dels cultius són comuns, i també per diagnosticar casos amb infecció no coneguda.

Tractament, maneig i seguiment

Primer episodi clínic

Aciclovir	400mg/8h
Famciclovir	250mg/8h
Valaciclovir	1.000mg/12h

tots ells x7-10d

HSV recidivant. Es pot optar per teràpia puntual o bé supressiva:

- Teràpia ocasional (tractament sols del brot)

Aciclovir	400mg/8hx5d
Aciclovir	800mg/12hx5d
Famciclovir	125mg/12hx5d
Valaciclovir	500mg/12hx3-5d
Valaciclovir	1.000mg/24hx5d
- Teràpia supressiva (tractament mantingut)

Aciclovir	400mg/12h
Famciclovir	250mg/12h
Valaciclovir	1.000mg/24h

En casos severos (immunodeprimits): aciclovir, 5-10mg/kg/8h VEV

Resistència a antivirals

Pensar-hi si les lesions són persistents o recurrents.

Cal obtenir un aïllament viral per avaluar la susceptibilitat.

Es dona en un 5% de pacients.

Si és resistent a aciclovir també ho serà a valaciclovir i famciclovir.

Alternatives: foscarnet, 40mg/kg/8h EV

Cidofovir, 1% gel/24hx5d

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Fig. 3 Lesions palmoplantars típiques de sífilis secundària



Fig. 4 Condilomes acuminats en penis i perianals (inf. esquerra, forma plana i pigmentada)

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Embaràs

L'aciclovir administrat en el decurs del primer trimestre, segons sembla, no incrementa el risc de defectes majors en el nounat. Es pot emprar en el primer episodi o si hi ha recurrències severes. Experiència molt limitada amb famciclovir i valaciclovir. Risc de transmissió: 30-50% si l'HSV és actiu en el moment del part.

Sífilis

Malaltia crònica causada per *Treponema pallidum*, un bacteri de la família de les espiroquetes de reservori exclusivament humà. La font d'infecció són les lesions de la pell i mucoses dels infectats, i també la saliva, les secrecions vaginals i la sang. Es pot adquirir per relacions genitals i per contactes extragenitals (sífilis adquirida); també per via transplacentària (congenita).

Té un període d'incubació de 2 a 4 setmanes, amb límits de 7 a 90 dies. Es distingeix entre sífilis congènita i sífilis adquirida i, en aquesta, una fase precoç (primària, secundària i latent precoç dels dos primers anys des del contagi) i una fase tardana.

Precoç

Sífilis primària. Erosió que s'ulcera a la zona d'inoculació; és una úlcera indolora i de base indurada: el xancre sifilític (fig. 2). Hi ha poliadenopaties regionals indolores i habitualment una té major volum que la resta. El xancre pot ser múltiple i de vegades dolorós.

Involuciona en 2-6 setmanes sense cicatriu.

Sífilis secundària. A les 4-6 setmanes, o més tard, de l'aparició del xancre apareixen les lesions secundàries, que es poden acompanyar d'afectació de l'estat general. Hi ha adenopaties generalitzades i es poden veure erupcions de morfologia molt variable: maculoses, papuloses (són típiques les localitzacions periorificials i palmoplantars, fig. 3), psoriasiformes, pustuloses, anulars... També poden aparèixer lesions humides a les mucoses; als plecs formen plaques hipertròfiques (condilomes plans). I alopecìa amada.

Sífilis latent precoç. Quan la sífilis no ha estat tractada o si però de manera incorrecta pot recidivar en forma de brots de lesions cutànies i mucoses, d'afectació ocular (uveïtis), de neurosífilis o de recidives serològiques.

Tardana

Sífilis latent tardana. Dura uns deu anys, amb serologia (+) i possibles recidives.

Sífilis benigna tardana. Les lesions són les gomes, més freqüents a la pell, les mucoses i els ossos, però poden afectar qualsevol òrgan.

Sífilis maligna tardana. Amb possible afectació:

- Cardiovascular: aortitis, insuficiència aòrtica o aneurismes.
- Neurològica: paràlisi general progressiva, tabes dorsal, formes meningovasculars, gomes cerebrals...

Congènita

L'adquisició intrauterina del treponema pot donar lloc a avortaments o a nadons amb sífi-

lis congènita, que es pot manifestar ja en el moment del part (lesions de mucoses, exantemes, alteració de l'estat general, epifisitis) o més tard, amb seqüeles tipus nas en sella de muntar, dentició alterada o signes de persistència de la sífilis (afectació osteoarticular, queratit). Per al diagnòstic, hi ha proves directes (demostració del *T. pallidum* en el microscopi de camp fosc a partir d'exsudat de les lesions; és més útil en els primers dies del xancre, ja que llavors la serologia és encara negativa) i proves serològiques, inespecífiques (o reagíniques: RPR i VDRL) o específiques (immunofluorescència, "FTA-abs" i ELISA). Les proves reagíniques, de les quals es pot fer una determinació quantitativa, es corresponen bé amb l'activitat de la malaltia i permeten fer-ne el seguiment; es considera clínicament significatiu un canvi de dues dilucions (p. e., d'1:16 a 1:4 o d'1:8 a 1:32) entre dos proves no treponèmiques fetes amb el mateix mètode. Poden donar falsos positius i sols es negativitzen si el tractament és molt precoç. Les proves específiques són les que primer es positivitzen, als 7-10 dies de l'aparició del xancre; permeten determinar IgG i IgM (útil en el seguiment dels nadons) i serveixen per excloure els falsos positius, però no per fer el seguiment.

Tractament, maneig i seguiment
L'antibiòtic d'elecció és la penicil·lina

Xancre tou

Malaltia poc freqüent en els països del Primer Món, causada per *Hemophilus ducreyi*,

de reservori exclusivament humà. La font d'infecció són les secrecions de les úlceres i de les adenopaties fistulitzades. Té un període d'incubació de 2-14 dies.

La clínica s'inicia amb una pàpula que s'erosiona i dona lloc a una úlcera dolorosa, tova, amb fons necròtic, que sagna fàcilment; sovint hi ha diverses lesions per autoinoculació. És freqüent la presència d'adenopaties inflamatòries, gairebé sempre unilaterals, que poden fistulitzar a l'exterior.

El diagnòstic cal fer-lo per demostració directa del bacil en cultius enriquits, que no és senzilla, ja que no hi ha mitjà de transport i té una sensibilitat <80%. No hi ha tests de RCP aprovats, però alguns laboratoris han desenvolupat els seus propis. No és rara la coinfecció amb *T. pallidum* (10% de casos) o HSV, per la qual cosa s'han d'excloure per fer un diagnòstic definitiu. A efectes pràctics, la presència d'úlceres doloroses i adenopatia engonal inflamatòria, presents en un terç dels casos, suggereix el diagnòstic de xancroide; si s'acompanyen d'adenopatia engonal fistulitzada, els dos signes són patognòmics.

Tractament, maneig i seguiment
Azitromicina, 1 gr VO dosi única
Ceftriaxona, 250mg IM dosi única
Ciprofloxacina, 500mg/12hx3d
Eritromicina base, 500mg/8hx7d
Resposta al tractament
Reexaminar al cap de 3-7d.

El temps per a la completa curació depèn de la mida de les úlceres.

Si no hi ha millora: error diagnòstic, coinfecció, no compliment terapèutic, resistència.

Per a la resolució de l'adenopatia pot ser necessari un drenatge quirúrgic.

Maneig dels contactes

Examinar i tractar contactes tant si tenen clínica com si no en tenen en cas de relació <10d abans de l'inici de la clínica.

Limfogranuloma veneri

És una MST endèmica gairebé només en països tropicals. El seu agent són tres serotipus de *Chlamydia trachomatis* (L1, L2, L3), de reservori exclusivament humà, i es transmet per via sexual. Té un període d'incubació de 4 a 21 d. La clínica evoluciona en tres fases. Una d'inicial, amb una úlcera d'una mida petita, indolora, que cura sense cicatriu en pocs dies.

En el període secundari hi ha adenopaties engonals grans, inflamatòries, que augmenten el volum de la zona i formen un plastró que fistulitza en diversos punts. En la fase tardana apareix una elefantiasi de genitals externs, amb destrucció tissular i formació de fistules, o una síndrome rectal amb proctitis, presència de masses excrecents i abscessos perianals que fistulitzen envers el recte i l'exterior.

El diagnòstic es fa per serologia, ja que el cultiu resta reservat a laboratoris molt especialitzats. Un títol >1:64 en la prova de fixació de complement és altament suggestiu.

Tractament

Recomanat:
doxiciclina, 100mg/12hx21d
Alternatiu:

eritromicina base, 500mg/6hx21d

Granuloma inguinal

Malaltia de baixa contagiositat, que sols es veu en països càlids, provocada per *Calymmatobacterium granulomatis*. El reservori és humà, la transmissió és sexual i la font de contagi, les secrecions de lesions. Té un període d'incubació de 7 dies a mesos.

La clínica s'inicia amb una pàpula o nòdul pruent que s'ulcera i dona lloc a úlceres indolores i progressives, sagnants, sense adenopaties. S'estenen envers la rodalia per contagi. Les lesions més cròniques causen elefantiasi, destrucció tissular i estenosis dels orificis naturals de la regió anogenital. La disseminació hematògena a vísceres i ossos provoca lesions de curs crònic, amb clínica general, que es poden confondre amb neoplàsies. Per al diagnòstic no hi ha tècniques serològiques i el cultiu és molt difícil, per la qual cosa es fa per demostració de cossos de Donovan, inclusions citoplasmàtiques en cèl·lules mononucleades, a partir d'extensió de mostres tissulars o de biòpsies.

Tractament

Recomanat:
doxiciclina, 100mg/12h;
Trimetropima-sulfametoxazole, 800mg-160mg/12h x un mínim de 21d.
Alternatiu:
ciprofloxacina, 750mg/12h;
eritromicina base, 500mg/6h;
azitromicina, 1g/set VO x un mínim de 21d.

TAULA 1. Sífilis a l'Estat espanyol, casos declarats

ANY	ESPANYA		CATALUNYA	
	CASOS	TAXA ¹	CASOS	TAXA ¹
2000	700	1.77	1002	1.65
2001	700	1.77	95	1.58
2002	734	1.86	142	2.36
2003	917	2.32	202 (273)	3.36
2004	1024	2.56	(413)	

¹ /100.000 habitants/any.
Dades del MSC (Madrid), resta del DS de Catalunya. 8 primeres setmanes de l'any

TAULA 2. Agents de les MST

AGENT	MALALTIA
Bacteris	
Treponema pallidum	Sífilis
Neisseria gonorrhoeae	Gonocòccia/MIP
Haemophilus ducreyi	Xancre tou
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinal
Chlamydia trachomatis ser. L1, L2, L3	Limfogranuloma inguinal
Chlamydia trachomatis ser. D-K	Uretritis, cervicitis, faringitis i rectitis / MIP
Ureaplasma urealyticum	Uretritis, infecció neonatal
Mycoplasma hominis	Vaginosis bacteriana / MIP / UNG
Gardnerella vaginalis*	Vaginosis bacteriana
Virus	
Virus de l'herpes simple	Herpes genital
Citomegalovirus	S. mononucleòtica, patologia perinatal
Virus d'Epstein-Baar	Mononucleosi
Papil·lomavirus	Condilomes acuminats
Poxvirus	Mol·lusc contagiós
Virus de l'hepatitis B	Hepatitis
HIV-1 i HIV-2	Sida
Fongs	
Diverses espècies del gènere candida	Vulvovaginitis i balanopostitis
Protozoos	
Trichomonas vaginalis	Vaginitis i uretritis
Artròpodes	
Phthirus pubis	Pediculosis púbica
Sarcoptes scabiei	Sarna
Altres agents de MST	
Salmonella	Salmonel·losi

TAULA 3. Tractament de la sífilis

Primària, secundària, latent precoç (fins a 1 any)

Tractament

Penicil·lina G benzatínica 2.4 mU IM
Al·lèrgia a penicil·lina (no estudiats en infecció xVIH)
Doxiciclina, 100 mg/12h x14d
Ceftriaxona, 1 gr/d IM o EV x8-10d (estudis limitats)

Resposta al tractament i seguiment

No hi ha criteris per establir si hi ha curació.

Exploració clínica i analítica als 6 i 12 m.

Es considera el tractament fracassat si persisteix clínica o increment x4 dels tests no treponèmics.

Fracàs del tractament: s.VIH, analítica de LCR, retractar amb penicil·lina benzatínica/setx3 set.

Resposta al tractament en infecció VIH

La majoria tenen bona resposta a la penicil·lina benzatínica 2.4 mU IM.

Alguns experts recomanen analítica de LCR abans de tractar i teràpia amb penicil·lina benzatínica.

Exploració clínica i analítica als 3, 6, 9 i 12 m. Alguns recomanen analítica de LCR als 6 m.

Fracàs del tractament (6-12 m després del tractament): analítica de LCR, retractar amb penicil·lina benzatínica/setx3 set.

Latent tardana

Tractament

Penicil·lina G benzatínica 2.4 mU IM/setx3set.

Al·lèrgia a penicil·lina:

Doxiciclina, 100 mg/12h
Tetraciclina, 500 mg/8h x28 d, amb seguiment clínic i serològic de prop, ja que les dades que validen les alternatives a la penicil·lina són limitades.

Resposta al tractament i seguiment:

Dades limitades per guiar l'avaluació. Tests no treponèmics quantitius als 6, 12 i 24 m.

Analítica de LCR i retractar: títolx4, no disminució de títol no treponèmic inicial >32, símptomes i/o signes.

Resposta al tractament en infecció VIH:

Analítica de LCR abans del tractament.
LCR normal: penicil·lina G benzatínica 2.4 mU IM/setx3set.

Exploració clínica i analítica als 6, 12, 18 i 24 m.

Signes o augment x4 dels títols: repetir analítica de LCR i tractar.

Repetir analítica de LCR i tractament si hi ha títols no treponèmics no < en 12-24 m.

Consideracions en el maneig

Avaluar clínicament si hi ha malaltia terciària: aortitis, gomes, iritis...

Analítica de LCR: símptomes i/o signes neurològics i/o oftalmològics, malaltia terciària activa, fracàs de tractament, infecció VIH.

Alguns experts recomanen analítica de LCR si hi ha títols no treponèmics >32.

Neurosífilis

Tractament

Recomanat: Penicil·lina G aquosa, 18-24 mU/d EV, 3-4 mU/4h x10-14d.

Alternatiu: Penicil·lina G procaina 2.4 mU/d IM + proben. 500 mg/6h VO x14d.

** Alguns experts afegeixen penicil·lina G benzatínica 2.4 mU IM/setx3set en acabar aquests règims per proporcionar una cobertura del tractament similar a la de la sífilis latent.

Al·lèrgia a penicil·lina

Ceftriaxona 2gd/d IM o EV x10-14d (considerar reactivitat creuada).

En les embarassades cal fer una pauta de desensibilització.

Altres règims no han estat avaluats.

Resposta al tractament i seguiment

Pleocitosi de LCR inicialment: repetir analítica de LCR/6m fins que el recompte sigui N.

VDRRL i proteïnes en l'LCR declinen lentament.

Considerar retractament si el recompte cel·lular no < en 6m o si l'LCR no està normalitzat al cap de 2 anys.

Altres règims no han estat avaluats.

Sífilis i embaràs

Recerca per a sífilis en la primera visita; repetir RPR/3m fins al part en grups de risc o d'àrees d'elevada prevalença.

Tractar segons l'estadi.

Alguns experts recomanen una dosi addicional de penicil·lina benzatínica 2.4 mU IM després de la dosi inicial per a sífilis primària, secundària o latent precoç.

El maneig i el consell s'han facilitat per a l'avaluació fetal ecogràfica per a sífilis en la segona meitat de l'embaràs.

Bibliografia

Eurosurveillance Monthly, 2004; 09 (des.): 1-40.

Butlletí Epidemiològic de Catalunya, 2004; 25 (9): 122-124.

Boletín Epidemiológico Semanal, 2004; 12 (10): 101-108.

Boletín Epidemiológico Semanal en RED, setmana 17/1/05

www.isciii.es/publico/

World Health Organization. The World Health Report 2004: changing history. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. França, 2004.

World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Ginebra, 2003.

CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002. MMWR 2002; 51 (No.RR 6): 1-80.

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Guia per a la prevenció i el control de les malalties de transmissió sexual. Direcció General de Salut Pública



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

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



