

BUTLLETÍ
mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

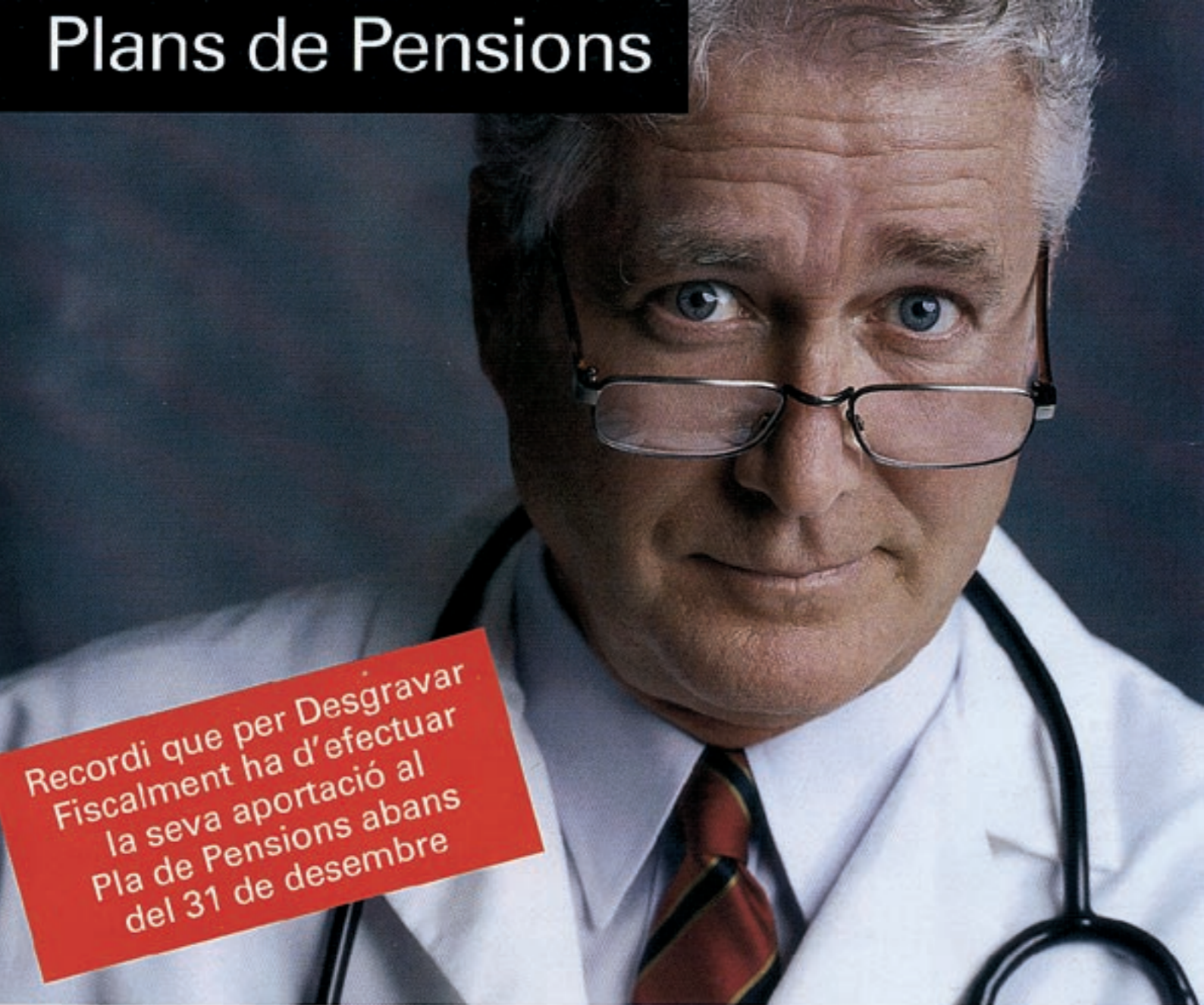
Núm. 55 · Novembre de 2005

JÖRG BLECH
**LOS INVENTORES DE
ENFERMEDADES**

Cómo nos convierten en pacientes



**Els inventors
de malalties**



Recordi que per Desgravar Fiscalment ha d'efectuar la seva aportació al Pla de Pensions abans del 31 de desembre

Plans de Pensions, la seguretat de gaudir de la seva jubilació

Els Plans de Pensions són la millor solució per afrontar el futur amb tranquil·litat i aporten grans avantatges. fiscals en el present.

Redueixi la pressió fiscal fins a un 45%

Amb el seu pla de pensions pot estalviar impostos fins a un 45% de la quantitat aportada ja que les aportacions redueixen directament la base imposable de l'IRPF amb les limitacions legals vigents.

Les seves aportacions sempre flexibles

Vostè pot triar la fórmula que s'adapti millor a les seves necessitats i al seu perfil inversor. Adequem la inversió en renda fixa i renda variable, nacional i internacional, en funció de l'evolució dels mercats i del seu perfil inversor.

Assessorament Personalitzat

El nostre equip de professionals l'assessorarà amb un estudi personalitzat perquè obtingui el màxim rendiment dels seus estalvis.

Informeu-vos-en al vostre Col·legi o trucant el telèfon
902 36 10 11
www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 55, novembre 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
Ignasi Casado Zuriguel
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

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

La prescripció d'infermeria

La prescripció no és un acte mèdic aïllat, cal ser conseqüent i congruent amb una decisió diagnòstica prèvia. Abraça tant els fàrmacs administrats per diferents vies, com les modificacions de l'estil de vida, les mesures higienicodietètiques i les rehabilitadores. Per tant, prescriure no està lligat exclusivament als fàrmacs i infermeria pren autònomament decisions en àmbits concrets com la cura de les ferides i nafres, la puericultura, la nutrició i la dietètica, la modificació d'hàbits i conductes, la titulació de fàrmacs en patologies cròniques i en l'atenció domiciliària.

La recerca de solucions a la massificació de les consultes d'atenció primària ens pot portar a greus errors de concepte, no es pot confondre la renovació delegada de la recepta amb la prescripció pròpiament dita i traslladar aquest problema a les consultes d'infermeria. A Espanya, es fan a l'any 750 milions de receptes, de les quals 500 són de renovació. Això produeix 100 milions de consultes administratives i ocupa una tercera part del temps del metge de família, que l'ha de dedicar a tasques *burocràtiques*, amb la qual cosa els professionals sanitaris s'utilitzen com a administratius per fer la renovació de les receptes, facilitar la facturació de la farmàcia i fer un control teòric de la prescripció *una recepta, un medicament*, paradigma absurd i dogma de fe de la ineficiència d'un sistema sanitari únic en el món.

La renovació de les receptes acaba sent l'emissió d'albarans de facturació. Ha de separar-se clarament la prescripció de la renovació i la facturació amb un canvi del model actual cap a una recepta multiprescripció, com a la resta dels països civilitzats: tots els fàrmacs i un període de temps de validesa. El dia 4 de novembre, les organitzacions de primària van presentar un nou model de recepta multiprescripció al Ministeri de Sanitat. Aquest model permet el seu ús en format paper, informàtic i electrònic. Desitgem que aquesta vegada ens escoltin. El professional d'infermeria està perfectament capacitat per prescriure aquells productes de farmàcia que formen part de les seves decisions clíniques: apòsits, material de cures, absorbents d'incontinència, tires reactives, bosses col·lectores, vacunes... Ampliar aquest ventall de possibilitats és més complicat, perquè caldria un catàleg clar de productes, uns criteris de formació en farmacologia i un sistema de coordinació i protocol·lització molt estructurat amb els metges de família. A més, caldria veure si és una necessitat sentida pel mateix col·lectiu o respon, com gairebé sempre, a una iniciativa de l'Administració sanitària, que apel·la a l'altruisme dels professionals per ampliar les seves obligacions sense haver fet abans la feina que li pertoca, que és canviar d'una vegada el model obsolet de recepta que tants problemes origina.



Tesi de Iolanda Batalla sobre la psicopatia en una mostra de presos

Dra. Iolanda Batalla · *Psiquiatra, Servei de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital de Santa Maria*

La Universitat de Barcelona va acollir el 21 de setembre la lectura de la tesi doctoral *Psicopatia i activitat MAO plaquetar en una mostra de presos*, a càrrec de la psiquiatra Iolanda Batalla.

Però, què és la psicopatia?

En les definicions actuals, el terme psicopatia es defineix com un conjunt de trets de personalitat i conductes socialment desviades i no com la patologia de la *psique*, tal com podria intuir-se per l'etimologia del mot (vegeu la taula 1).

És important la psicopatia en la nostra societat?

Aquest trastorn té una prevalença de l'1% en la població general, d'un 25% en la població penitenciària americana i d'entre un 8 i un 18% en la població europea penitenciària.

Els psicòpates són responsables d'una quantitat extraordinària de crims greus, de violència i de dany físic, emocional i social que es produeixen en qualsevol societat. Quasi tothom, en algun moment de la seva vida, es veu afectat per les conductes antisocials dels psicòpates, ja que aquests integren una proporció significativa de criminals reincidents, delinqüents sexuals, traficants de droga, estafadors, mercenaris, polítics corruptes, advocats sense ètica, executius i venedors sense escrúpols, terroristes i líders de les sectes religioses, entre d'altres. La psicopatia és un trastorn important en qualsevol societat i exigeix la utilització d'un ampli ventall de serveis, des del sistema penitenciari i judicial fins als sistemes de salut mental i benestar social, per no citar la gran alarma social que, algunes vegades, genera la gravetat i la violència dels seus comportaments antisocials.

Tot això justifica la necessitat d'investigar els mecanismes etiològics, cognitius i psicofisiològics responsables d'aquest trastorn de la personalitat, així com dels factors ambientals implicats en el seu desenvolupament.

Quina és l'etiologia del funcionament anòmal en aquests individus?

En la darrera dècada s'han publicat

una gran quantitat d'estudis sobre el possible origen etiològic del trastorn. D'acord amb el context de la conceptualització bio-psico-social en l'origen dels trastorns mentals, s'han demostrat importants influències socials i psicològiques que es materialitzen quan existeix una base biològica que predisposa al trastorn.

En aquest punt és important destacar, entre d'altres, els resultats obtinguts per diferents i importants grups de recerca en l'àmbit mundial sobre les bases genètiques del trastorn; estudis que mitjançant la neuropsicologia i la neuroimatge estructural i funcional del SNC han objectivat una alteració del sistema límbic en aquests individus i estudis respecte a la percaça de les bases biològiques del trastorn. Aquesta tesi es pot incloure entre aquests darrers grups de recerca. Es tracta d'un estudi innovador, atesa l'originalitat del tipus de mostreig realitzat (s'ha aconseguit una població homogènia i

extrema) i la conceptualització bifàsica i dimensional del trastorn, mai abans realitzada per contrastar les hipòtesis del treball.

Molt breument, els resultats donen suport a la hipòtesi que l'activitat MAO-B plaquetar no és un bon marcador de conducta desinhibida en la mostra de l'estudi, a diferència del que s'ha trobat en trastorns que hi estan relacionats, com molts trastorns del control dels impulsos.

Un grup de treball emergent a Ponent

Gràcies a la col·laboració de diferents institucions lleidatanes (el Centre Penitenciari de Ponent, l'Hospital de Santa Maria de Lleida i la Universitat de Lleida) i catalanes (la Universitat Autònoma de Barcelona i la Universitat de Barcelona), s'ha format, amb seu a Lleida, aquest grup de treball sobre la recerca dels aspectes clínics i neurobiològics de la psicopatia.

Fins al moment actual, aquest treball s'ha concretat, específicament, en l'obtenció d'una beca del Fons d'Investigació Sanitari (FIS) i en aquesta tesi doctoral, així com en una sèrie de comunicacions i pòsters en congressos nacionals i internacionals, i encara estan pendents les publicacions en les revistes. Aquest estudi no suposa un treball aïllat, sinó que pretén tenir continuïtat.

Consolidació d'un grup de recerca seriós

En l'actualitat, s'està treballant amb il·lusió en projectes de futur respecte a aquest grup de població. Aquests projectes pretenen consolidar un grup de recerca seriós, que realitza estudis sobre un tema innovador i de gran interès, com ja s'ha comentat.

Finalment, aprofitem aquesta oportunitat per felicitar a totes les persones i institucions que han contribuït al projecte, ja que sense la seva ajuda aquest grup de recerca seria impossible. Encara queda molta feina per fer i la col·laboració de tots ha estat i continuarà sent imprescindible.

◆ **La psicopatia és un trastorn important i exigeix l'ús d'un ampli ventall de serveis**

EMOCIONALS / INTERPERSONALS	DESVIACIÓ SOCIAL
Facilitat de paraula i atractiu superficial	Estil de vida parasitari
Sentit desmesurat d'autovàlua	Absència de metes realistes a llarg termini
Mentider patològic	Impulsivitat
Estafador i manipulador	Irresponsabilitat
Manca de remordiments i de sentiments de culpa	Pobre autocontrol de la conducta
Afecte superficial i poc profund	Necessitat d'estimulació i tendència a l'avoriment
Insensibilitat afectiva i manca d'empatia	Problema de conducta en la infància
Incapacitat per acceptar la responsabilitat de les pròpies accions	Conducta antisocial de l'adult

Taula 1. Síntomes clau de la psicopatia

Tesi de Maite Utgés sobre trastorns dels heroïnòmans

Dra. Maite Utgés · *Psiquiatra, coordinadora del CASD (Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències)*

La Universitat Autònoma de Barcelona va acollir el 7 de novembre la lectura de la tesi de la doctora Maite Utgés sobre un estudi transversal amb 349 pacients incorporats en un programa de manteniment amb metadona. El treball ha obtingut una qualificació d'excel·lent *cum laude*.

En els últims anys ha augmentat considerablement la preocupació sobre el diagnòstic i el tractament dels pacients amb abús de drogues, trastorns de personalitat i seroconversió al VIH (virus de la immunodeficiència humana). Per aquest motiu, s'ha realitzat aquest estudi amb pacients en un programa de manteniment amb metadona. Aquests pacients compleixen els criteris per a la Dependència a Opiacis i poden consumir altres substàncies, segons criteris DSM IV. Així mateix, poden tenir un segon diagnòstic, a més del mateix consum de substàncies, com una patologia psiquiàtrica associada.

Com a instrument per a la classificació i el diagnòstic dels trastorns de personalitat s'ha utilitzat l'IPDE. Tots els pacients van passar l'esmentat qüestionari. En el cas dels pacients que van contestar a tres o més ítems d'un trastorn, se'ls va tornar a passar el mateix IPDE, però de forma exclusiva per a aquest trastorn, per confirmar el diagnòstic. A més,

« **L'inici del trastorn mental precedeix al VIH** »

a tots se'ls va proposar realitzar la prova de detecció de VIH, encara que només hi van accedir 319. Un altre dels mètodes d'estudi és l'anàlisi amb el programa estadístic SPSS. Es va portar a terme una anàlisi univariante inicial per detectar la presència de possibles valors anòmals i per descriure la distribució de cada variable segons el grup. També es van fer anàlisis bivariants per determinar l'existència o no de relació entre les variables dependents (la comorbiditat i la determinació de VIH). Per últim, es van desenvolupar models de regressió logística bivariante i multivariante, que van determinar com a variables dependents, cada una per separat, la comorbiditat i la determinació de VIH.

Pel que fa a la comorbiditat, els resultats van ser que més de la meitat dels pacients tenen algun tipus de patologia psiquiàtrica i

són addictes a substàncies. Cal assenyalar que el grup dels trastorns de personalitat és el més important i representa el 41,8% del total. Dins d'aquest grup, el trastorn antisocial de la personalitat és el més freqüent i afecta un 29,5% del total de pacients amb trastorns de personalitat. Per últim, el 50% dels pacients amb VIH negatiu presenten comorbiditat psiquiàtrica, mentre que en el cas de VIH positiu aquesta proporció és estadísticament superior, ja que és d'un 63,6%. Pel que fa a la positivitat al VIH, els pacients afectats pel trastorn de personalitat antisocial presenten un risc 2,3 vegades superior a tenir VIH positiu que els pacients sense comorbiditat associada, amb independència de la via d'administració de la substància. Com a conclusió destaquem que la personalitat antisocial és un factor de risc d'infecció per VIH entre els addictes a les drogues, tant per via parenteral com no. L'inici del trastorn mental precedeix la seroconversió i, per això, són importants els programes per al diagnòstic dels trastorns de personalitat en una edat primerenca. A més, als centres, s'ha d'animar els clínics de la necessitat d'una valoració rutinària dels símptomes psiquiàtrics d'aquests pacients i de la importància d'un suport psicològic.

Moviment de col·legiats

ALTES
Modesta González Figueredo
Andriy Sukhlyak
Volodymyr Monarstrskyy
Elisabet Vidal Folch
Helder Filipe Romao dos Santos

Sara Gili Grahit
Antonio Llombart Cussac
Marina Vidal Oller
Agustín Albasa Felicetti
Ana Rosa Sabaté Navarro
Beatriz Romera Barroso
Esther Blasco Martín
BAIXES
Mes de setembre: 4
Mes d'octubre: 4
Entre les baixes del mes d'octubre figuren les

defuncions dels doctors Tomás Pastor Equizabal (576) i Albert Sasot Bach (832).
CANVIS DE SITUACIÓ
Passen a col·legiats honorífics:
Joaquín Garcés Valenzuela
José Ignacio Polo Reñé
Manuel Ibáñez Regales
Manuel Pons Juanati

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), en les sessions ordinàries del 5 d'octubre i el 2 de novembre, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Concessió dels premis a l'excel·lència professional promoguts pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Han estat concedits als següents col·legiats:
 - Medicina assistencial (hospitalària): Dra. Montserrat Torra Riera.
 - Medicina assistencial (atenció primària): Dr. José Plasencia Palomares.
 - Medicina assistencial (altres àmbits): Dra. Ana B. Vena Martínez.
 - Recerca biomèdica: Dr. José J. Trujillano Cabello.
 - Educació mèdica: Dr. Juan Buenestado García.
 - Humanisme mèdic: Dra. Montserrat Esquerda Aresté.

El lliurament dels premis es portarà a terme durant la celebració dels actes de la Nit dels Metges a Sant Feliu de Guíxols (Girona).

- Posada en funcionament de l'Escola MIR, organitzada per la Fundació de la Formació de l'OMC, al Col·legi de Metges de Lleida. Es van iniciar les classes el 14 d'octubre i el COML ha adquirit nou mobiliari per a l'aula.

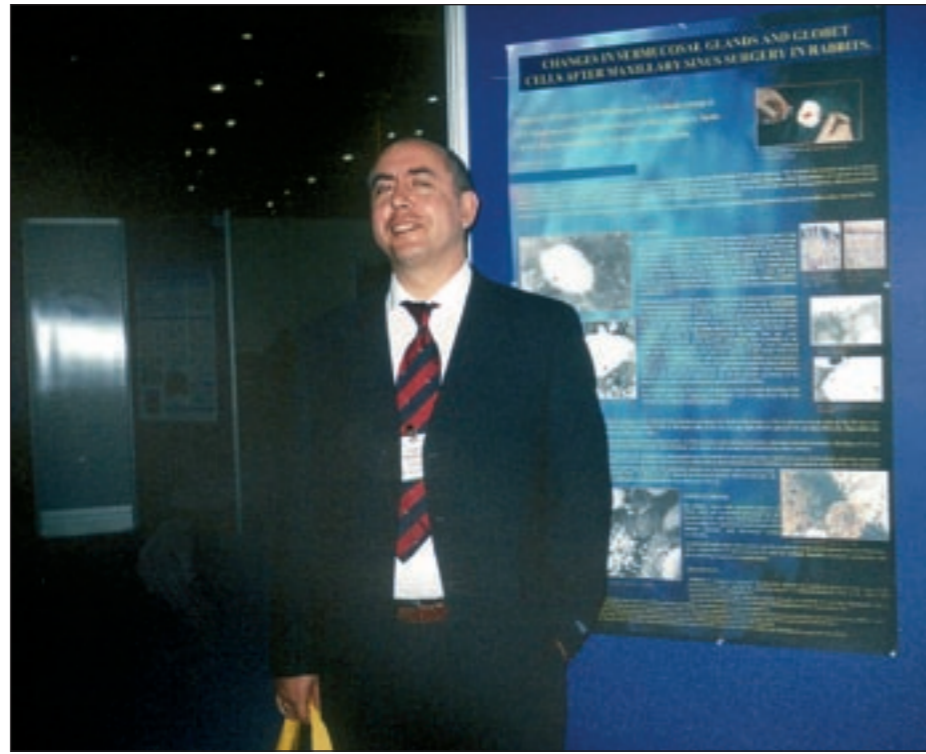
- Publicació de la resolució judicial que acordava la suspensió de dues normes del vigent Codi de Deontologia Mèdica a la revista i al web col·legials.

- Aprovació del projecte de plataforma digital de serveis i nou web del Col·legi de Metges de Lleida.

Dotzena edició del postgrau Nutrició i Dietètica Clíniques

El curs de postgrau Nutrició i Dietètica Clíniques torna a ser present, com en anys anteriors, en la programació acadèmica de la Facultat de Medicina. El curs, que té el reconeixement d'interès sanitari per part de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya, s'adreça a postgraduats en titulacions relacionades amb l'àmbit biosanitari, consta de 16 crèdits comptables i serà impartit des del 27 de febrer fins al 25 d'abril del 2006. El període de matrícula va del 16 de gener al 17 de febrer.

D'altra banda, la Universitat de Lleida ha sol·licitat de nou la diplomatura en Nutrició Humana i Dietètica, ja que, al llarg d'aquests anys, les edicions dels cursos relacionats amb la nutrició han tingut una excel·lent acceptació.



Pablo Melgarejo, premi a la millor comunicació en rinologia

El doctor Pablo Melgarejo Moreno, adjunt del servei d'ORL de l'Hospital Santa Maria, ha rebut el premi a la millor comunicació en rinologia en el Congrés de la Societat Francesa d'Otorinolaringologia i Cirurgia Cervicofacial celebrat el mes d'octubre a París. El treball premiat és un estudi experimental sobre les alteracions òssies en cirurgia del si maxil·lar realitzat a la Facultat de Medicina de Lleida.

Un nou rol per a infermeria?

El sistema sanitari es planteja que infermeria adopti una nova tasca: la prescripció de medicaments. Aquesta possibilitat descongestionaria l'atenció primària i, a més, incorporaria els infermers en les decisions clíniques. A continuació, es debaten els avantatges i els inconvenients d'aquest canvi.

La reforma de l'atenció primària

La reforma de l'atenció primària és un dels grans canvis sanitaris produïts en les últimes dècades. Gràcies a aquesta remodelació, el servei d'infermeria disposa d'eines per dur a terme diferents canvis, tant en les activitats com en les formes de treballar. És en el marc d'aquesta reforma on s'ha desenvolupat un nou entorn de treball sanitari, la unitat bàsica assistencial (UBA). En aquesta unitat, medicina i infermeria tenen la responsabilitat d'oferir els serveis de salut a una població assignada.

La unitat bàsica assistencial s'encarrega d'oferir activitats de prevenció de salut i d'informar de qualsevol malaltia els usuaris. En certs casos, aquestes activitats són desenvolupades específicament per un tipus de professional de salut, mentre que, en altres, la preparació dels professionals per a la seva realització és similar, de manera que se n'assumeix la realització de forma indiferent¹.

Amb el pas dels anys, les necessitats dels usuaris, les prioritats dels professionals i les polítiques sanitàries han canviat. Aquest fet ha generat noves expectatives, tant en els pro-

cessos de salut com en la forma d'intervenir-hi, de manera que les activitats, els conceptes i les formes d'actuar, tant en les organitzacions com en els professionals, han generat nous rols d'actuació.

Actualment, des del nostre punt de vista professional, la infermera que interessa a la comunitat no és pas aquella que realitza només tasques delegades pels professionals que té al seu costat, sinó aquella que té la capacitat de ser resolutiva en el marc que l'envolta, és a dir, que és capaç de desenvolupar el seu rol i assumir la competència i la responsabilitat que li pertoca en les actuacions en què treballa. I al mateix temps, aquesta professional aporta coneixements i capacitat, és a dir, pot curar, prevenir, educar i promoure la salut dins i fora del centre.

Una de les noves activitats que es volen iniciar des del Departament de Salut és la prescripció de productes des del servei d'infermeria. Amb aquesta mesura es pretén que l'actuació d'infermeria estigui inclosa en tot el procés de treball, des del principi fins al final. En el cas de la utilització de productes farmacèutics, la intenció és que la prescripció d'aquests productes vagi acompanyada d'una recepta d'infermeria. Amb aquesta acció es pretén que la infermera prengui part en les decisions clíniques, ja que és la responsable d'establir un pla de cures amb l'ús de productes

com: apòsits i material de cures per a ferides, absorbents d'incontinència, tires reactives de glucèmia, bosses i col·lectors i certes vacunes, entre altres².

L'objectiu de la iniciativa és donar contingut formal al que *informalment* fa la infermera i, a la vegada, organitzar de forma més eficient i responsable el treball d'infermeria.

La prescripció per part d'infermeria és una realitat en països com el Canadà, els Estats Units o la Gran Bretanya, on existeix una regularització en els productes sanitaris a partir d'un llistat de fàrmacs amb què la infermera pot treballar. El llistat es va ampliant progressivament a mesura que augmenta l'eficàcia d'aquesta actuació³. La formació preliminar dels professionals és molt important en aquest aspecte. Destaca l'exemple britànic, on ja fa uns anys el Ministeri de Sanitat va endegar un programa de formació per a professionals sanitaris, tant per a infermeres com per a farmacèutics, per consolidar un pla de prescripció complementària.

Múltiples estudis realitzats en altres països sobre les actuacions d'infermeria en atenció primària revelen resultats satisfactoris tant en la relació cost-efectivitat com en el grau de satisfacció dels usuaris dels serveis de salut. A més, els resultats en aquests estudis mostren que tant l'estat final de salut com el tipus de prescripció realitzada no varien entre les actuacions mèdiques i les d'infermeria⁴.

Precisament, la infermera ha d'aconseguir arribar a aquest punt si es vol que el nou servei del Departament de Salut tiri endavant. Per això, és necessari el desenvolupament d'una

- **La prescripció des d'infermeria és una realitat en països com el Canadà o la Gran Bretanya**

Joies úniques

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

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

normativa que permeti treballar i avançar en el rol d'infermeria i un pla de formació que acrediti la seva capacitat d'actuació en la prescripció, eines necessàries que manquen en aquest moment.

La infermera no vol ocupar ni treure atribucions al personal mèdic, la voluntat d'aquest servei és desenvolupar coneixements i aptituds per guanyar eficiència i qualitat en l'atenció a l'usuari. Per tant, fem una valoració positiva de la idea que el servei d'infermeria prescriu productes de farmàcia. Una iniciativa que, sens dubte, millorarà l'atenció sanitària en aquella població per a la qual treballem tots com a equip, l'atenció primària de salut.

**Carme Marquilles Bonet
i Cristina Farràs Salles**
Infermeres d'atenció primària de Lleida

NOTES

- 1 Vegeu número 1 de la bibliografia.
- 2 Vegeu núm. 2 de la bibliografia.
- 3 Vegeu núm. 3 i 4 de la bibliografia.
- 4 Vegeu núm. 4 i 5 de bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

1. Cebrian Pujol, H. "Trabajando en los EAP. ¿Con enfermera o sin enfermera?". *Atención Primaria*, 2001; 28: 117-118.
2. Martín Santos, F.; Morilla Herrera, J.C.; Morales Asensio, J.M.; Gonzalo Jiménez, E. "Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria". *Enferm. Comun.*, 2005, 1(1): 35-42.
3. NHS Modernisation Agency – Changing Workforce Programme, Department of Health – Core Prescribing Group. *Medicines Matters: A guide to current mechanisms for the prescribing, supply and administration of medicines*. 1 March 2005
4. Horrocks, S.; Anderson, E.; Salisbury, C. "Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors". *BMJ*, 2002; 324:819-23.
5. Venning, P.; Durie, A.; Roland, M.; Roberts, C.; Leese, B. "Randomised controlled trial

comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care". *BMJ*, 2000; 320:1048-53.

Referències a Internet, URL d'interès:

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/52/26/04105226.pdf>

<http://www.nursedrug.com/faq.html>

<http://www.nurse.org/acnp/index.shtml>

<http://www.npc.co.uk/>

Qui pot prescriure i amb quina autonomia?

És necessària la prescripció per part d'infermeria? Aquesta pregunta no té una resposta senzilla i categòrica i, igual que tants temes sanitaris, té molts matisos. La prescripció d'infermeria certament està a debat en mitjans de comunicació sanitaris i congressos de la professió. Alguns responsables polítics i institucionals ja s'hi han referit com a proposta de millora en l'àmbit de l'atenció primària (AP).

Seria molt trist que, tal com s'ha esmentat, la prescripció d'infermeria anés a cobrir uns problemes ja clàssics en AP com la manca d'accessibilitat i la burocratització de les consultes. Aquests problemes tenen altres solucions més adients i fins ara poc prioritzades com la mecanització administrativa de les receptes, la recepta electrònica o la dita prescripció suplementària dels farmacèutics.

Tots aquests sistemes tenen un objectiu final que és facilitar la costosa i poc eficient renovació actual de les receptes. Personalment crec que la secció d'infermeria en atenció primària ja té una consulta altament burocratitzada i caldria pensar a retornar-li funcions sanitàries i no exclusivament administratives.

Òbviament, el tema té molta més profunditat i ambició i entronca amb el nou manat de funcions, responsabilitats i millo-

res qualitatives que la Reforma de l'Atenció Primària (RAP) havia d'aportar.

Els objectius d'una atenció integral, accessible i de qualitat, després de 25 anys del nou model d'AP, és evident que han quedat descafeïnats funcionalment i estructuralment. El procés de prescripció n'és un clar exemple, la mecànica actual (informatitzada o no) és força millorable i la coordinació entre professionals és deficient. Això sí, un cop ha estat prioritzat, la monitorització i el control de la despesa ben

encoberta en un tel d'indicadors de qualitat.

Però la pregunta a debat planteja un pas més enllà i és una reflexió conceptual i d'implicacions normatives profundes. Qui pot prescriure?, amb quin grau d'autonomia/subsidiarietat?, amb quin grau de responsabilitat professional?, quina és la finalitat perseguida?...

Certament, altres països han desenvolupat programes amb prescripció per part d'infermeria i farmacèutics de la comunitat,

però cal no confondre la renovació delegada de la recepta amb la prescripció pròpiament dita. La prescripció no és un acte mèdic aïllat i cal ser conseqüent i congruent amb una decisió diagnòstica prèvia, basar-se no solament en la simptomatologia, sinó també en la valoració integral de la persona atesa i els seus antecedents de prescripció. Això referma la posició integradora de l'AP enfront de la poliprescripció seqüencial.

La funció d'infermeria en aquest camp és hores d'ara important

i sempre dependent de la seva implicació. Són molts els aspectes en què la seva aportació a la prescripció farmacològica és capital, per exemple, es responsabilitza d'aspectes com la ingrata renovació de receptes, el control i l'adherència al tractament crònic, el primer cribratge de secundarismes, la monitorització d'eficàcia, l'ensinistrament de certs fàrmacs, el reforç d'informació, la recepció de les expectatives de l'usuari... Però prescriure no està lligat exclusivament als fàrmacs i infermeria pren autònomament decisions en àmbits concrets com el tractament d'úlceres i lesions, puericultura, nutrició i dietètica, modificació d'hàbits i conductes, titulació de fàrmacs en patologia de crònics i diverses intervencions en pacients domiciliaris.

Tots saben, però, que la realitat actual de l'atenció primària és molt heterogènia i dispersa, els àmbits de resolució i el grau d'implicació són molt propis de cada professional. A la pràctica i de forma general, ni la repartició de funcions, ni el catàleg de primària, ni la qualitat bàsica del producte servei estan ben definits. Personalment, em sembla que en l'àmbit d'equips d'AP i d'unitats assistencials bàsiques serà més important generalitzar i consolidar les funcions actuals lligades a la prescripció que obrir noves portes.

La posada en pràctica d'un programa de prescripció d'infermeria serà útil i necessari però no prioritari en l'AP actual. Com altres iniciatives internacionals, caldria definir un marc de morbiditat concret en què el pla d'acció d'infermeria sigui prevalent i la prescripció conseqüent amb la presa de decisions.

Caldrien uns criteris de formació específica en farmacologia clínica i aplicada dirigits a garantir aquesta nova funció i seleccionar el personal acreditat a aquest efecte. S'hauria de dissenyar i concretar el catàleg de productes que en els diferents programes queda predefinit. Seria important afavorir la necessària coordinació amb els facultatius del primer àmbit de decisió diagnòstica i responsables de l'observança dels protocols de prescripció consensuats.

Perquè aquesta aposta tingués una veritable aportació de qualitat



per a l'AP, lluny de ser una prova pilot aïllada, en primer lloc caldria veure si és una necessitat o iniciativa sentida pel mateix col·lectiu i, en segon lloc, veure si aquesta nova responsabilitat serà incentivada amb la mateixa moneda que tantes altres. L'empresa ha apel·lat tant a l'altruisme que ha acabat incentivant la igualació a mínims.

En definitiva, i concretant, considero factible i necessària la participació d'infermeria en la prescripció pròpiament dita. Cal definir un marc de programes de morbiditat en què la seva participació sigui determinant i elaborar protocols consensuats i vademècums definits.

També s'hauria de facilitar una formació específica (acreditació o especialització) que garanteixi la seguretat d'acció i la cobertura legal dels infermers i infermeres que tinguin aquesta nova responsabilitat. Abans de definir noves funcions en AP, cal fer una anàlisi de la situació per avaluar la cartera de serveis i la redistribució de funcions en les circumstàncies actuals.

Dr. Antoni Rodríguez Rosich
Metge de família de Torrelameu

Una solució per descongestionar el sistema de salut

"L'Honorable consellera de Salut, Marina Geli, en el debat sobre la Llei del medicament, proposa que les infermeres puguin prescriure tractaments, en el marc d'un 'catàleg de prescripcions tancat'."

Notícia publicada el dia 1 de juliol de 2005

La història de la infermeria es pot dividir en tres fases, que coincideixen amb els tres estadis que descriu Gilligan quan ens parla de l'ètica de la cura. Actualment ens trobem al tercer àmbit, a la fase postconvencional, on ja no es reconeix la infermeria com un ofici (fase convencional), ni tampoc com una activitat mera-

ment tècnica (fase crítica), sinó com una professió que ha sorgit de la superació de les anteriors fases, a les quals ha aixecat a un àmbit superior, però n'ha conservat el millor de cadascuna.

Infermeria aglutina característiques descrites per a les professions en general, per això és del tot imprescindible comprometre's amb el desenvolupament del seu cos de coneixements, el seu mètode, les seves funcions i el seu llenguatge propi i rigorós.

Infermeria dedica bona part dels seus esforços a potenciar activitats innovadores per millorar els resultats de les cures dispensades als pacients i per reduir els costos del sistema de salut. Moltes d'aquestes iniciatives han ocasionat importants millores, tant en la salut dels pacients com en els sistemes de salut. Un exemple d'aquestes iniciatives d'infermeria és la prescripció de receptes a pacients amb malalties cròniques.

La formació universitària de pregrau que s'imparteix actualment en Farmacologia d'Infermeria a Espanya garanteix una adequada gestió dels productes bàsics que podrien prescriure les infermeres. El gran beneficiari d'aquesta iniciativa seria el mateix pacient, tot i que de manera indirecta el sistema de salut també hi sortiria guanyant, ja que en l'actualitat les consultes estan desbordades per una gran quantitat d'usuaris, molts dels quals volen medicació per al seu tractament crònic. Aquest fet resta temps a altres usuaris amb processos més aguts, que requereixen més temps de valoració per l'estament mèdic.

En cas que les infermeres arribessin a receptar, l'usuari que acudiria a la consulta d'infermeria a fer-se els controls rutinaris de la seva malaltia veuria que aquest mateix professional també li fa la recepta, d'aquesta manera s'evitaria haver de demanar una nova cita per a la consulta del metge. Amb aquest sistema es guanyaria

en rapidesa, atenció, eficiència i efectivitat, qualitats que sovint demanen els usuaris.

Països com els Estats Units, Anglaterra, Nicaragua o Suècia, entre d'altres, han obtingut resultats satisfactoris amb aquesta pràctica. En aquests països s'han adonat, gràcies a l'increment de les ràtios d'eficiència i eficàcia, que les infermeres són capaces de responsabilitzar-se del tractament de fàrmacs gràcies al seu grau d'experiència i formació. Per exemple, a Califòrnia, a les infermeres que estan col·legiades i tenen coneixements d'avaluació diagnòstica i de la salut se'ls permet proveir una atenció mèdica bàsica.

Aquestes infermeres relleven els metges de moltes de les tasques que els ocupen molt temps. Sota una supervisió professional, elles entrevisten, fan exàmens, ordenen analítiques i recepten tractaments apropiats i, fins i tot, si tenen el certificat *Nurse Practitioner Furnishing* poden receptar alguns medicaments o dispositius mèdics, com també enviar pacients a consultes d'especialistes perquè aquests estableixin el tractament adient.

La implantació d'aquest sistema al nostre país hauria de passar per definir una legislació que establis els tipus de pacients als quals es pot receptar, protocols d'actuació i un llistat de medicaments, encara que fos, tal com diu la consellera de Salut, Marina Geli, amb un "catàleg de prescripció tancat".

Actualment, a Espanya, hi ha un ampli ventall de fàrmacs que es venen sense recepta mèdica, medicaments autoritzats per a la prevenció, el tractament o l'alleugeriment simptomàtic de molts processos menors que tenen una elevada incidència i que estan disponibles a qualsevol farmàcia. A més, cal tenir en compte que la publicitat d'aquests fàrmacs als mitjans de comunicació facilita la seva lliure difusió a la població general.

- **Amb aquest sistema es**
- **guanyaria en rapidesa, atenció,**
- **eficiència i efectivitat**

• **Hi ha la necessitat de donar cobertura jurídica a la prescripció des d'infermeria**

Una infermera està habituada a donar consell sobre la correcta utilització d'aquests medicaments, per tant, la seva intervenció permetria abordar i resoldre, com hem dit abans, un gran nombre de consultes menors dins de la consulta d'infermeria.

Tampoc hem de deixar de banda que en aquests moments hi ha la necessitat de donar cobertura jurídica a la prescripció des d'infermera d'aquells productes de farmàcia que formen part de les seves pròpies decisions clíniques, com apòsits i material de cures, absorbents d'incontinència, tires reactives de control de glicèmies, bosses i col·lectors i, fins i tot, vacunes.

En aquest sentit, el Tribunal Superior de Justícia de les Balears ha declarat que és tasca del personal d'infermeria emplenar les receptes de les targetes de llarga durada (TLLD). El pronunciament aclareix una sentència de primera instància (DM 28/1/98) que va estimar que la prescripció —i amb aquesta omplir les receptes— és tasca exclusiva del metge. En canvi, el Tribunal Superior es decanta per l'agilització administrativa sense riscs (DM 7/4/98).

Les infermeres han de sumar cada vegada més serveis a la seva cartera i no desfer-se de cap. Les infermeres tenen uns actius, tant acadèmics com d'experiència professional, que han de fer valer. Per tant, i tornant al propòsit inicial, cal comprometre's amb la professió. Infermeria ha de seguir evolucionant com a professió i superar les etapes anteriors de manera autònoma. A més, totes les professions sanitàries han de col·laborar en la consecució d'una millor salut per als ciutadans en tots aquells aspectes que ens confereix la Llei d'ordenació de les professions sanitàries.

Estem d'acord que cal que les infermeres puguin prescriure fàrmacs en l'àmbit de les cures i de les seves competències, i encara

que alguns ho consideraran una provocació, la proposta de la prescripció d'infermeria és un avenç. El debat està obert.

Josep M. Camps i Balagué
President del Col·legi d'Infermeria (CODILL)

Millorar l'atenció als pacients

El rol que els professionals d'infermeria tenen o han de tenir dins del primer àmbit assistencial o en atenció primària és un dels temes que més debat han suscitat en els últims anys en el nostre sistema sanitari.

Hi ha un consens bastant generalitzat a admetre que un camí segur per millorar l'eficiència en l'atenció a l'usuari consisteix que cada professional assumeixi totes aquelles tasques que pugui assumir i que aquestes no es portin a terme en un àmbit superior. Dit d'una altra manera, que el que pugui fer el personal administratiu no ho faci infermeria, que el que pugui assumir infermeria no ho facin els facultatius i que el que es pugui resoldre en atenció primària no passi a atenció especialitzada.

Entre les moltes tasques que podrien ser assumides per infermeria i que actualment les realitzen en exclusiva els facultatius destaca la prescripció de productes farmacèutics. Els infermers poden i han de fer prescripcions de productes farmacèutics? Amb quines limitacions?

Fa pocs mesos la consellera de Salut de la Generalitat, Marina Geli, va manifestar públicament el seu suport a aquesta mesura i va anunciar la decisió d'impulsar que l'actual normativa espanyola, recollida en la Llei del medica-

ment, afavoreixi l'assumpció d'aquesta tasca per part del col·lectiu d'infermeria en l'àmbit de l'atenció primària.

Així mateix, la Federació d'Associacions Científiques d'Infermeria Comunitària d'Atenció Primària (FAECAP) s'ha mostrat clarament favorable a aquesta mesura. Col·legis mèdics, associacions de farmacèutics i altres col·lectius han manifestat que no hi estan en contra, encara que hi ha certs dubtes sobre diversos aspectes de la mesura, de manera que cal diàleg i consens.

D'altra banda, hi ha nombroses experiències en països com Suècia, el Regne Unit i els Estats Units, on es permet que col·lectius no mèdics (infermers, farmacèutics, fisioterapeutes...) prescriuin productes farmacèutics d'una forma reglada i controlada, i l'avaluació ha demostrat resultats beneficiosos, segurs i satisfactoris en la cura i el benefici dels usuaris de l'atenció sanitària.

Al nostre país hi ha nombrosos medicaments la venda dels quals no està subjecta a la prescripció mèdica (especialitats farmacèutiques publicitàries) i que en general són medicines destinades a prevenir i/o alleugerir els símptomes de processos de poca gravetat i amb gran incidència poblacional.

Aconsellar sobre les indicacions del seu consum, així com sobre la dosificació correcta i el seguiment d'efectes indesitjables és habitual en el col·lectiu d'infermeria i en els farmacèutics d'oficina (atenció primària). La regulació d'aquesta activitat en aquests col·lectius mitjançant una capacitat adequada permetria abordar i resoldre un gran nombre de demandes d'una manera més eficient.

A més, hi ha moltes altres situacions en què els infermers d'atenció primària necessiten productes farmacèutics per realitzar teràpies basades únicament en les seves pròpies decisions clíniques, com ara establir determinats plans de cures (apòsits, absorbents, tires reactives...) i/o mesures preventives contra infeccions (cures d'úlceres, canvis de sonda urinària...) i/o en l'aplicació de protocols ben consensuats i estructurats per al seguiment de malalties cròniques.

Totes aquestes situacions, ben estudiades i protocol·litzades, no

impliquen de cap manera la presa de decisions d'alt risc i poden ser realitzades per professionals no facultatius degudament formats i acreditats.

És evident que un canvi qualitatiu d'aquesta naturalesa exigeix trencar inèrcies seculars i, per tant, comporta dedicar molts esforços a la prevenció i el maneig de les resistències i al canvi que generin.

S'ha de comptar amb el consens i el suport dels actors implicats en aquest procés: professionals, associacions, gestors, Administració i no oblidar el mateix usuari, ja que la seva acceptació és, sens dubte, una peça clau per a l'èxit.

Tot canvi implica por. Por provocada per l'amenaça del desconeixement dels resultats en aplicar les noves mesures, així com per l'amenaça de desestabilitzar estatus consolidats en què hi ha sempre implicats interessos personals.

No s'espera que tots els agents implicats en el canvi tinguin una alta motivació, però tampoc seria desitjable una excessiva eufòria que ens portés a infravalorar de forma irreflexiva els riscos possibles d'una aplicació poc prudent.

Per tant, aquest debat obert és desitjable i enriquidor, però s'han d'explorar els avantatges i els inconvenients, així com les mesures per potenciar els primers i minimitzar els segons. S'han d'analitzar les experiències alienes avantatjoses (*Benchmarking*) i, en aquest sentit, tenim un model ideal ja realitzat al Regne Unit entre el 2003 i el 2005.

Aquestes experiències reeixides s'han d'adaptar al nostre medi i garantir per damunt de tot la seguretat, sense oblidar un bon pla de comunicació que garanteixi l'acceptabilitat per part d'usuaris i professionals.

Cal destacar que la prescripció per part d'infermeria no es considera un model obert, sinó un sistema amb uns límits ben fixats, amb un reduït nombre de productes farmacèutics i que farà referència a situacions específiques: tractaments simptomàtics, seguiment de malalts crònics en activitats protocol·litzades, plans de cura amb presa de decisions terapèutiques...

A més, tal com passa en el col·lectiu de facultatius, cada

professional mèdic fixa addicionalment els seus propis límits des del coneixement de les seves capacitats i la complexitat del cas individual. Aquesta responsabilitat és la que sempre ha guiat els professionals a derivar a un àmbit superior la prescripció de fàrmacs per als quals tot i estar autoritzats no es reconeixen com a competents.

La prescripció per part d'infermeria té uns avantatges:

- Millora la capacitat de resolució i les competències d'aquest col·lectiu.
 - Més eficiència en els processos de cura que requereixen l'ús de productes farmacèutics.
 - Augmenta l'autoestima dels professionals, que se senten menys dependents.
 - Ajuda a la coordinació i la cohesió amb els facultatius.
 - Allibera temps al facultatiu per dedicar-lo a patologies més complexes.
 - Facilita l'accessibilitat dels usuaris als fàrmacs, així com l'obtenció de consells per al seguiment terapèutic.
 - Millora la relació usuari/professional, de manera que augmenta la satisfacció en ambdós col·lectius.
- Malgrat això, també té els seus inconvenients:
- Requereix un període formatiu per a l'aprenentatge i l'acreditació i, per tant, s'hi han de destinar recursos econòmics elevats.
 - Exigeix una informació continuada i el suport decidit dels facultatius.
 - No és un procés de prescripció aplicable de manera indiscriminada (*vademècum* tancat).
 - És necessària una avaluació dels resultats.
 - Rebuig dels usuaris, sobretot si no hi ha un pla de comunicació ben dissenyat.

En conjunt, és una mesura favorable que pot ajudar a la millora de la qualitat del sistema sanitari si s'utilitza de forma adequada. S'hauria de començar pels professionals més motivats i fer els canvis de forma progressiva i incentivada.

Dr. Plácido Santafé
Gerent d'Atenció Primària

Creació d'un marc legal per als futurs canvis

El Consell de Ministres va aprovar, el dia 31 d'octubre, l'avantprojecte de la Llei del medicament, presentat pel Ministeri de Sanitat i Consum, que ha de substituir la normativa aprovada en aquesta matèria el 1990. L'avantprojecte de la Llei de garanties i ús racional dels medicaments ha estat remès al Consell d'Estat per al seu estudi. El seu objectiu és fomentar un consum responsable dels medicaments, garantir la seguretat i la qualitat d'aquests productes i retallar la despesa farmacèutica. L'avantprojecte manté l'obligatorietat de presentar una recepta a les farmàcies per adquirir medicines. En el marc del debat sobre la nova llei, la consellera catalana



La prescripció ha de ser un acte conseqüent amb el procés d'anamnesi i exploració física

de Salut, Marina Geli, va proposar, el mes de juny, la possibilitat que en un futur la prescripció pugui ser feta no només pels metges, sinó també pels infermers. En aquest sentit, Geli va advocar per estudiar models que donin més paper a la infermeria, d'acord amb les seves especialitats, i va considerar oportú que la legislació hauria de deixar un cert marge perquè les comunitats que ho reguessin convenien poguessin realitzar proves pilot en què infermeria prescrivís amb un catàleg tancat, no només de cures. D'altra banda, el sindicat d'infermeria SATSE lamenta que la nova llei no reconegui als infer-

mers la capacitat per prescriure medicaments en malalts crònics i cures. La llei deixa aquesta tasca en mans de metges i, excepcionalment, farmacèutics, els quals poden substituir el fàrmac prescrit pel facultatiu, si no el tenen en el moment de dispensar-lo, per un altre amb les mateixes propietats curatives. La posició oficial de SATSE és defensar la prescripció de receptes per part dels infermers, ja que argumenta que d'aquesta manera es contribuiria a fer que el Sistema Nacional de Salut guanyés "en rapidesa, atenció, eficiència i efectivitat" i el pacient en seria "el gran beneficiari", ja que es reduirien les llistes d'espera en atenció primària. El sindicat afegeix que la regulació de la prescripció hauria d'anar acompanyada de programes d'acreditació que garanteixin l'adquisició de competències.

Històricament, la prescripció es definia com a instruccions escrites per a la preparació i l'administració d'un remei. Hi havia de constar l'encapçalament o *superprescripció*, això és, el símbol *R* o la paraula *recipe*, que significa agafi's; la *inscripció*, que contenia els noms i les quantitats dels ingredients; la *subscripció* o instruccions per preparar el producte i, per últim, la *firma*, que es representava amb el signe *S* i contenia les instruccions per al pacient que s'havien d'anotar en l'etiqueta del recipient.

Actualment, en l'acte mèdic la prescripció té lloc en el tractament i/o també, en algunes ocasions, en eines diagnòstiques. La prescripció comprèn fàrmacs administrats per diferents vies, modificacions en l'estil de vida, mesures higienicodietètiques, rehabilitadores o ortopèdiques. La prescripció ha de ser un acte conseqüent amb el procés previ d'anamnesi i exploració física que ens dona una visió global del pacient i que, per tant, requereix el coneixement del compendi de ciències mèdiques: anatomia, fisiologia, farmacologia, microbiologia, patologia... per realitzar,

finalment, una prescripció.

En definitiva, és un complex procés amb múltiples variables no estandarditzables i no exempt d'errors. Malgrat això, en alguns sistemes sanitaris, personal d'infermeria format específicament entrevista, examina, sol·licita exploracions complementàries, tracta i deriva a consultes especialitzades, segurament amb bons resultats, sobretot econòmics. Un diplomad pot, amb una formació específica, fer-se un expert en un àmbit concret, però al no tenir la visió global del pacient, dels processos nosològics i de la teràpia curativa, segurament dificultarà la detecció de la malaltia quan adquireix una altra condició o se superposen altres processos. Ara bé, si amb la prescripció d'infermeria es busca una solució a l'excessiva burocratització de la consulta mèdica, originada en part per la renovació de receptes i la consegüent falta d'accessibilitat que pot originar, estem confrontant prescripció amb renovació delegada.

Per solucionar aquest problema s'haurien de tenir en compte altres opcions més rendibles i innovadores com la instauració de la recepta electrònica. Canviar el problema de consulta no és la solució i, a més, subestima la importància del paper que té infermeria, ja que el relega a un altre de subsidiari i burocràtic que s'allunya de la seva important tasca en la prescripció: seguiment i control del tractament, detecció de secundarismes, instrumentació de tècniques terapèutiques, ensinistrament en l'ús dels fàrmacs o modificacions en l'estil de vida, avaluació de la idoneïtat del material sanitari...

En definitiva, l'aportació que realitza infermeria en la prescripció mèdica és fonamental. Són tasques que segurament no s'haurien de superposar sinó complementar-se, per la qual cosa és important definir els camps d'actuació. Hauríem de saber detectar les necessitats, les motivacions i les inquietuds dels professionals sanitaris i de la població abans de suggerir nous models d'actuació i, per aquest motiu, s'hauria de crear un marc legal, previ a la seva promoció, per evitar possibles problemes de responsabilitat.

Junta COMLL

Els enganys en medicina forense

Dra. María Jesús Saura Aventín · *Metge Forense IMLC-Lleida*

Hi ha una sèrie de patologies, relativament noves, amb què s'enfronta la medicina forense. Aquestes patologies tenen repercussió en les diferents esferes del dret, fonamentalment en dret laboral, encara que també se'ns pot requerir la valoració en dret penal, dret civil...

El principal problema que es planteja al metge forense davant l'al·legació, per part d'un subjecte, d'aquest tipus de quadres és si realment els té. No es pot obviar que l'objectiu que es pretén obtenir quan es va a una consulta de medicina assistencial no és exactament el mateix que s'espera després de passar per la consulta del metge forense.

La finalitat que pretén el pacient quan va a una valoració del metge forense és molt variada: defugir obligacions (compareixences davant dels tribunals, desnonaments, ingressos en centres penitenciaris per a compliments de penes privatives de llibertat...), reclamar indemnitzacions o aconseguir beneficis oficials (condició d'invàlid), entre d'altres.

Aquesta problemàtica, associada a la dificultat que comporta el diagnòstic d'aquest tipus de patologies, fonamentalment perquè es tracta de quadres amb símptomes subjectius que no tenen traducció en proves complementàries, fa que ens trobem en la pràctica diària pacients simuladors.

Un cop descartats els simuladors, tasca que en alguns casos suposa una gran dificultat i que no sempre s'aconsegueix, s'elabora l'informe pericial encomanat. Les patologies i l'objecte del peritatge depenen de l'òrgan judicial que el sol·licita i són els jutjats del social els que més freqüentment demanen les valoracions d'aquest tipus de malalties i la influència en les activitats laborals. Això passa en aquelles situacions en què al subjecte se li ha denegat la incapacitat o grau d'incapacitat que ha sol·licitat a l'INSS i fa ús de la via judicial per obtenir-la.

Els quadres més habituals són la fibromiàlgia i el síndrome de fatiga crònica. Aquests quadres, encara que són malalties diferents, tenen una forma de presentació i símptomes similars que fan confondre moltes vegades el no expert. La fibromiàlgia constitueix una síndrome clínica en què el

◆ **La finalitat del pacient quan visita un metge forense és defugir obligacions o reclamar indemnitzacions**

dolor musculoesquelètic difús és el símptoma principal, així com la presència de punts dolorosos característics. Freqüentment associats al dolor, apareixen fatiga inexplicable, rigidesa, alteracions del son, símptomes genitourinaris, digestius i canvis afectius. Malgrat la intensa investigació, se'n desconeixen les causes, encara que s'hi barregen agents infecciosos, agents tòxics, disfuncions immunològiques o estrès físic o emocional, que activarien l'eix hipotàlem-hipofisari-suprarenal.

La síndrome de fatiga crònica és una afecció complexa i debilitant caracteritzada per una fatiga intensa que no remet, de forma significativa, després del descans i que pot empitjorar amb l'activitat física o mental. A més, alguns pacients tenen símptomes inespecífics com debilitat, deteriorament de la memòria i dificultat de concentració, insomni o miàlgies. La malaltia pot durar anys i, igual que la fibromiàlgia, té una causa desconeguda.

En ambdós quadres l'absència de dades de laboratori validades i proves específiques fan que el diagnòstic es faci per exclusió d'altres patologies amb simptomatologia similar. Per això, a més de l'exploració física del pacient, és útil disposar de totes les dades relatives als antecedents mèdics i les exploracions complementàries que se li han practicat, que de vegades són insuficients i cal informar l'òrgan judicial que serien necessàries per poder pronunciar-nos sobre els extrems que ens demana.

En l'àmbit del dret penal, el peritatge sobre aquest tipus de malalties és menys freqüent però no té una repercussió inferior. Es poden considerar com a factors preexistents amb capacitat de modificar el curs evolutiu de determinades lesions traumàtiques o al·legar-se com a motiu que impedeix acudir a declaracions, judicis o, fins i tot, per eludir un ingrés a la presó. No sempre són patologies les que s'al·leguen, sinó estats fisiològics com l'embaràs.

En altres casos, alguns estats anímics o trastorns mentals són al·legats com a causes modificadores de la responsabilitat penal. Determinats trets de personalitat (impulsivitat, baixa tolerància a la frustració, dependència...), que en alguns casos arriben a constituir un trastorn i que no impedeixen al subjecte entendre els actes que porta a terme i les seves conseqüències, freqüentment són al·legats per les defenses per disminuir els càrrecs o atenuar la pena.

I per últim, en el dret civil, de totes aquestes patologies les que puguin resultar invalidants o les que impliquin simptomatologia de tipus psiquiàtric poden ser utilitzades per un dels cònjuges en el procés de separació per obtenir la guàrdia i custòdia dels fills. Es pot concloure que tots aquests quadres poden requerir peritatge i l'objecte és diferent segons en quin àmbit del dret se sol·licita, però en tots els casos se'ns planteja com a principal problema la dificultat del diagnòstic objectiu.

Una visió des de la salut mental

Dr. Josep Pifarré · *Metge psiquiatre*

En un article publicat al Lancet, en 1951, Richard Asher va definir la síndrome de Münchhausen (en honor de les històries fantàstiques d'un oficial de cavalleria alemany del segle XVIII) com aquella situació clínica en què els malalts magnifiquen els seus antecedents personals, inventen de manera continuada símptomes per aconseguir ésser hospitalitzats i van d'un hospital a un altre.

Però no parlarem aquí dels trastorns facticis com a prototips de malalts inventors de malalties. Parlarem del contrari, de la medicalització d'alguns esdeveniments normals de la vida, a partir de la crítica que s'ha fet des de

diferents llibres dirigits al gran públic. Pensem, per exemple, en l'excel·lent llibre de Lou Marinoff *Més Plató i menys Prozac*, o en el llibre més actual de Jörg Blech *Los inventores de enfermedades*.

Són malalties, per exemple, la depressió postvacances, la reacció de dol, el *mobbing* o altres de similars? I, fins i tot, si consideréssim que no són malalties, han de ser objecte d'atenció clínica i, per tant, motiu de tractament per part dels metges d'atenció primària o dels professionals de salut mental? O, també, pot arribar a ser veritat la frase del doctor Knock, en l'obra de teatre *Knock o el triomf de la medicina* de Jules Romain, "la gent sana és un malalt que ho ignora"?

Tot i que el debat sembla actual, les arrels, des de la nostra opinió, són més antigues i caldria anar-hi per intentar comprendre la situació actual. El debat neix des del canvi de definició del concepte de salut.

Des de fa molts anys es defineix salut com un estat de benestar físic, psíquic i social i no només com l'absència de malaltia. Aquesta definició revolucionària en la seva època ha anat produint canvis molt significatius en l'assistència sanitària i també en

la salut és un estat de benestar físic, psíquic i social i és un dret segons la nostra Constitució, sembla clar que el ciutadà pensi que té dret a exigir que se'l tracti de qualsevol tipus de patiment (físic, psíquic i/o social), més enllà del concepte clàssic de malaltia. Ara bé, això és realment possible, en un sistema sanitari amb un creixement de la demanda pràcticament infinit i amb uns recursos, en canvi, finits?

Aquest fet, evidentment, crea tensions en totes les parts implicades. Des de la perspectiva del ciutadà, pot crear frustracions. Per una banda, se li diu que la salut és un estat de benestar físic, psíquic i social, que tothom té dret a la salut, que aquest és un dret universal, però a la pràctica l'Estat del benestar no arriba a tot arreu, apareixen llistes d'espera i tota una sèrie de demandes no satisfetes.

Des de la perspectiva del professional, la demanda assistencial presenta un augment exponencial, tant des del punt de vista quantitatiu (major nombre de visites) com qualitatiu (major exigència per part dels usuaris i també per part de les administracions).

I així s'arriba a una gran paradoxa. Per una banda, el nostre model sanitari és probablement un dels millors de

catalogat i diagnosticat. De fet, qui dona nom a les noves malalties?

No deu tenir, en part, raó Michel Foucault quan afirma que si definir la malaltia i la salut psicològica ens resulta tan difícil potser és perquè intentem esforçar-nos a aplicar-los massivament els conceptes destinats a la malaltia somàtica?

Davant aquesta realitat actual, cal trobar solucions originals. Potser caldria agafar aquell concepte de Gaudí que deia que "l'originalitat és el retorn a l'origen".

Potser en un món de recursos limitats, caldrà limitar la demanda i decidir o prioritzar allò que ha de ser funció de la medicina pública i allò que no podrà ser cobert amb un sistema finit. En psiquiatria (o en salut mental, segons en quin paradigma ens movem), i suposo que en altres parts de la medicina també, això és terriblement important. Si no es defineix una cartera de serveis, en un context sociocultural com el nostre, la demanda sempre serà superior a l'oferta assistencial, per molt que aquesta s'ampliï (i aquí cal agrair l'esforç fet per les diferents administracions durant els últims anys en l'ampli desplegament de recursos en la xarxa de salut mental). Ens ofegarem en el nostre propi èxit.

Ara bé, és políticament correcte per l'Administració crear una cartera de serveis i dir clarament al ciutadà que no tot pot ser cobert per l'Estat? I els professionals, realment també estem disposats a fer-ho en la part que ens toca, per exemple, en la contenció de la despesa farmacèutica?

I potser, en aquest retorn a l'origen, s'haurà de reprendre la definició de la medicina com la més humana de les ciències, la més científica de les arts i la més artística de les humanitats, és a dir, la medicina com a ciència, humanitat i art al servei dels malalts i del seu patiment. Això implica un retorn al sentit clàssic de la professió, tal com afirma Diego Gracia.

Però per a això ens cal formació. Tal com diu Ortega y Gasset: "El hombre es un naufrago en el mar de lo que no sabe o no puede." Si la medicina és quelcom més que diagnòstic, caldrà ensenyar-ho. Habilitats de comunicació, de treball en equip, de formació en gestió clínica, en bioètica, entre d'altres.

I, finalment, la medicina és bàsicament una professió de servei. Però un només pot donar als altres quan ell mateix es troba a gust amb si mateix. I, en el model actual, qui té cura del cuidador?

En resum: cartera de serveis, retorn a l'origen, canvis formatius i tenir cura del cuidador. Però tot això no es podrà fer sense la complicitat de totes les parts implicades: administracions, professionals i societat civil (que inclou

◆ **Són malalties la reacció de dol, el 'mobbing' o la depressió postvacances?**

◆ **El nostre model sanitari és probablement un dels millors de tot el món**

les perspectives i demandes de la població.

Un exemple del canvi de paradigma es pot veure en el llenguatge utilitzat. Per exemple, des de la Conselleria de Salut no es parla de servei de psiquiatria, sinó de Serveis de Salut Mental, i els nostres pacients ja no són malalts, sinó usuaris.

Aquest canvi de paradigma ha produït molts avenços en el món de la salut, ha introduït amb més força el camp de la medicina preventiva i també ha millorat molts dels indicadors de salut en la població general durant l'últim segle, almenys en els pocs països, com el nostre, on l'assistència sanitària és pràcticament universal.

Ara bé, tots els canvis tenen un preu i, quin és el preu que hem pagat per això? Caldria mirar-ho des de diferents punts de vista.

Per una banda, aquest canvi, unit al reconeixement del principi d'autonomia, ha fet que els usuaris o ciutadans hagin pres consciència de la seva capacitat de prendre decisions (cosa positiva) i també dels seus drets. Si

tot el món. Però per una altra, malgrat això, hi pot haver encara una percepció del ciutadà de no estar satisfeta la seva demanda, un sentiment de desgast professional per part dels metges i també un risc de no donar una bona assistència als casos més necessitats, a l'estar col·lapsats en el tractament dels casos més lleus.

Ara bé, tota la culpa és del sistema, és a dir, és externa al col·lectiu mèdic? O potser estem davant un biaix atribucional (els èxits són gràcies a nosaltres, els fracassos o les coses que van malament són conseqüència dels altres)?

A tot aquest complex entramat cal afegir un altre biaix, el de l'educació rebuda. Tal com deia Abraham Maslow, si l'única eina que es té a la caixa d'eines és un martell, hi haurà una pila de coses que començaran a assemblar-se a claus. Com a professionals sanitaris se'ns ensenya a diagnosticar i això ho sabem fer molt i molt bé, però potser no disposem d'altres eines i qualsevol problema que ens passi per les consultes tendirà a ésser

els malalts, les seves famílies i també els usuaris no malalts), de manera que es pugui iniciar tot un debat constructiu per definir un nou model. Lou Marinoff, en la seva crítica a la psiquiatria, diu: "El que els cal és diàleg i no un diagnòstic."

BIBLIOGRAFIA

Blech, Jörg. *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Destino Imago Mundi, Barcelona, 2005.
 Bürger, G.A. *Las aventuras del barón de Münchhausen*. Alianza Editorial, Madrid, 1993.
 Foucault, Michel. *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós Estudio, Barcelona, 1991.
 Gracia, Diego. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Editorial Triacastella, Madrid, 2004.
 Marinoff, Lou. *Más Plató i menys Prozac*. Suma de Lletres Catalana, Barcelona, 2002.

Andropausa: realitat, ficció o invenció

Dr. José Luis Arrondo Arrondo
 · Servei d'Urologia, Unitat d'Andrologia de l'Hospital de Navarra (Pamplona)

Fa temps que penso que ens estem passant, que els professionals de la salut ens estem entossudint a crear malalties a partir de mínims símptomes, símptomes inherents a la vida, símptomes que, en el cas dels homes, els assumim com a normals i no ens treuen gens ni mica de felicitat. Després de la lectura pausada del llibre de Jörg Blech *Los inventores de enfermedades*, les meves percepcions clíniques s'han vist corroborades, han guanyat en evidència.

En aquest petit article d'opinió només tinc la pretensió de plasmar unes breus consideracions crítiques, alguns dubtes i inquietuds, de tipus exclusivament personal, sobre una síndrome emergent en la clínica urològica, endocrinològica, sexològica, etc. Avui, els homes madures ens enfrontem amb un quadre clínic que amenaça la nostra salut; una nova malaltia ataca i debilita el nostre sexe, que està deixant de ser el fort: l'andropausa. Però resulta significatiu i preocupant alhora que la majoria dels que ja hem passat els cinquanta ni ens n'adonem. Jo, que hauria d'estar en plena crisi de salut per una testosterona sota mínims, no he notat res. I, com a mi, els passa a tots els andro-

pàusics que m'envolten. Plantejo una inquietud: aquesta síndrome s'està perfilant des de les preocupacions i manifestacions dels mateixos homes o des d'interessos d'altres orígens amb el propòsit de crear una massa ingent d'homes pusil·lànimes susceptibles de ser medicalitzats per mitjà d'apuntaments hormonals?

A la recerca d'un terme per definir el que és indefinible

Igual que tot el que no està clar en medicina, els quadres clínics amb símptomes difusos i inconcrets resulten difícils de definir. Molts professionals i grups de treball han intentat passar a la història per haver buscat el terme més apropiat. La proposta de tantes denominacions ens indica la dificultat per omplir de contingut una cosa encara efímera. Em permeto, tot seguit, descriure els més sonats. Si tinguéssim en compte l'estricta significat etimològic, algunes terminologies resulten patèticament ridícules.

- Andropausa: aturada o cessament en la condició d'home. Terme poc afortunat, malgrat que és el més conegut socialment, que va sorgir de la comparació que s'estableix amb la menopausa en la dona. Després de passar a ser malaltia en la dona i tractar-se amb els fàrmacs corresponents, ens tocava el torn a nosaltres. Però, què té a veure la retirada de la regla amb el que passa a l'home quan es fa vell?

- Viropausa: igual que la menopausa, però derivat del llatí i el grec.
- Pitopausa: cessament o aturada exclusiva del *pito* o penjaella.
- Síndrome d'ADAM o PADAM: fins ara la manera més grandiloqüent, en sigles angleses, de definir "la decadència androgènica parcial en els homes grans".
- Hipogonadisme de l'envelliment: defineix la situació clínica.
- Hipoandrogenisme de la senectut: defineix la situació clínica.
- Síndrome de l'home d'edat o de l'envelliment masculí: vol abraçar tant

que és com no dir res.

- Menopausa masculina: ridícul!
- Climateri masculí: més ridícul, encara!
- Síndrome de déficit de testosterona: es refereix a la causa de tots els mals. Caram d'hormona!
- Androastènia: disminució o cansament en les condicions o qualitats de l'home: força física, potència sexual, etc. Aquest terme ha estat proposat per qui escriu aquestes línies, però, segons sembla, és *light* per considerar-se malaltia. Potser per això als meus col·legues no els ha agradat.
- Andropènia: disminució o mancança de les condicions d'home. Aquest terme, també derivat del grec, ha fet més impacte en l'àmbit urològic espanyol. No significa, tal com la gent del carrer pugui arribar a pensar, "que l'home és tot penis".

Quins símptomes justifiquen el naixement d'una nova malaltia en ple segle XXI?

Aquest tipus de malalties modernes, conegudes només en societats del benestar, riques, industrialitzades, etc., es caracteritzen per presentar una simptomatologia molt difusa i originada per patologia multifactorial. Per poder-la catalogar com a síndrome s'ha elaborat a la Universitat de San Luis (Estats Units), d'una manera bastant arbitrària, una escala estandaritzada de símptomes de senectut, que rep el nom de qüestionari ADAM.

En això de crear malalties —alguns en diuen inventar— els americans sempre ens passen al davant; després nosaltres, en la majoria de les ocasions com si fóssim xais, direm amén a tot. Ens encanta copiar, sense cap mena de crítica, el que ens ve de fora. En aquest qüestionari es valoren símptomes relacionats amb l'envelliment normal de l'home, símptomes que en molts casos no tenen res a veure amb una disminució de la nostra hormona, la testosterona. Descriu-ne alguns: problemes d'erecció, disminució del desig sexual i de la intensitat de l'orgasme, estat d'ànim depressiu, irritabilitat, cansament físic, disminució de la freqüència en les relacions sexuals, reducció de la sensibilitat del penis, problemes del son, menys ereccions matinals, disminució de la capacitat de concentració, dolor articular, etc.

Jo, tots els meus amics i alguns coneguts que hem fet el test som andropènics positius; sense saber-ho i sense estar ni sentir-nos malalts. Animo els meus col·legues andròlegs, uròlegs, etc., que s'autovalorin i no els sorprengui la seva manca de salut. Creure que els símptomes de déficit que es van presentant en els homes entre els 50 i els 80 anys depenen de la disminució de la testosterona suposa no ser rigorós en l'avaluació



El doctor José Luis Arrondo treballa a la Unitat d'Andrologia de l'Hospital de Navarra

- ◆ Passats els quaranta anys es produeix una caiguda dels nivells de testosterona
- ◆ La depressió i els canvis d'humor es deuen més aviat a situacions socials

dels nostres pacients i tenir una noció massa simplista de la complexitat humana.

Com passa gairebé sempre que hi ha la sospita d'una nova síndrome i el tractament corresponent, es posen en marxa els grups de treball, i així va sorgir al nostre país el Grup d'Estudi Salut de l'Home (GESH), massa ambiciós per basar els estudis i les seves conclusions en una enquesta fàcilment tergiversable pels diferents enquestats.

Aquest grup va valorar la simptomatologia acabada d'exposar mitjançant enquestes a 2.101 homes i ni més ni menys que el 52% dels mascles hispans, entre 45 i 74 anys, presenten una simptomatologia compatible amb l'andropènia. Si això fos real, estariem davant la pitjor pandèmia del mascle ibèric.

Segons la meua humil opinió, considero que hem de ser més rigorosos a l'hora d'avaluar i tractar determinats símptomes de la nostra població masculina. I, ara per ara, no és científicament correcte vendre com a síndrome o malaltia una disminució fisiològica natural i progressiva de la funció de tots els òrgans i sistemes del cos

masculí, incloses les seves glàndules sexuals.

Fàrmacs sí o no, aquest és el dilema

Utilitzar fàrmacs dependrà de cada pacient. Crec que després de l'avaluació del que alguns consideren andropènia podríem trobar-nos amb tres situacions diferents. Un cop estudiada correctament la clínica d'hipogonadisme, si l'estudi analític posa de manifest un déficit patològic de testosterona resulta evident la necessitat d'iniciar un tractament substituït amb aquesta hormona.

Sabem, doncs, que passats els quaranta anys és patent i comprovable que es produeix una caiguda gradual dels nivells de testosterona, aproximadament d'un 1% anual. Però la impregnació androgènica es manté en la majoria dels homes en el rang normal per la seva edat.

Un home de seixanta anys no hauria d'aspirar a tenir al seu cos la testosterona de quan en tenia vint-i-cinc. Ni el seu organisme en general ni els seus receptors androgènics en particular suportarien nivells suprafisiològics,

una pujada semblant, sense risc per a la salut.

En alguns pacients, sobretot amb patologies predisposades (orquitectomies, varicocele, alteracions genètiques, traumatismes, infeccions o tumors testiculars, diabetis, malaltia hepàtica, etc.), ens trobem amb una producció de testosterona molt baixa. En aquests casos és el nostre deure tractar correctament el problema amb teràpia de reemplaçament.

L'aportació exterior de testosterona avui resulta molt més fisiològica mitjançant l'aplicació en forma de gel diàriament d'undecanoat de testosterona cada 12 setmanes o de forma injectable.

Aquests tractaments, correctament indicats i controlats, no produeixen efectes adversos i els nostres pacients gaudiran del benefici de recuperar la seva salut, de sentir-se millor.

En una segona situació, ens podem trobar amb símptomes clínics d'andropènia, però que les seves causes no tinguin res a veure amb el descens fisiològic de la nostra hormona per excel·lència. Els homes, i més a partir dels cinquanta, no només som testosterona. La majoria dels símptomes avaluats en el Qüestionari ADAM poden no tenir res a veure amb la involució de l'hormona del desig, ni tan sols la manca d'interès pel sexe. En la majoria dels problemes sexuals d'aquesta edat les causes seran unes altres, igual que els seus tractaments. No aconseguiríem res afartant-nos d'hormones fins que ens sortissin per les orelles.

La depressió, els canvis d'humor, etc., es deuen més aviat a situacions socials o a trastorns psíquics i psiquiàtrics. La resta de símptomes de l'andropènia es poden justificar per altres causes: malaltia hepàtica, diabetis, hipotiroidisme, problemes metabòlics, problemes osteoarticulars, la utilització d'alguns fàrmacs (antidepressius, analgèsics, betabloquejants, etc.), l'obesitat, el sedentarisme, les transgressions dietètiques, etc. Fins i tot la disminució moderada de la densitat òssia no vol cap teràpia. La majoria dels homes, de cinquanta anys cap amunt, no estem en permanent risc de fractures, no tenim, d'entrada, des-trosses de l'ossamenta.

En un altre grup majoritari ens trobem homes que presenten alguns símptomes a causa de la involució fisiològica i psíquica, les emprems que va deixant la vida, i als quals no els creen problemes de salut ni d'infelicitat.

En aquests casos, una informació correcta, l'adaptació positiva a aquests canvis, l'augment de l'exercici físic i millores raonables en les relacions de parella i en l'àmbit higienicodietètic poden ser suficients per superar la situació. Es tracta de teràpies

molt econòmiques i amb uns efectes secundaris nuls.

L'andropènia, un tema que és i seguirà sent controvertit. Però considero que, malgrat les pressions de la societat del benestar, d'empreses multinacionals o influenciats per raons que considerem lloables, hauríem d'evitar la tendència a medicalitzar tots els aspectes de la nostra vida, allunyar-nos de la dependència absoluta dels fàrmacs, que destrueixen la nostra capacitat humana per superar petites deficiències, i evitar l'interès perquè els homes sans acabin amb l'etiqueta de malalts i es converteixin en hipochondríacs sans.

La nostra meta professional és simplement contribuir que els homes estiguin més sans, siguin més feliços, no ens esforcem en la utopia d'eternes joventuts. Perseguiu la vida saludable, no venguem perfecció, per a això ja hi ha els bruixots, els pesseters i els xarlatans.

Tothom està malalt?

Dr. Antoni Mateu · *Coordinador adjunt de l'Institut Català d'Avaluació Mèdica (ICAM)*

Una visió simplista i poc reflexiva sobre aquest tema, per una altra part ple de controvèrsies, podria donar lloc a interpretacions incorrectes sobre el plantejament general d'aquest article. Evidentment, sempre estem parlant d'una minoria de casos, però la veritat és que existeixen.

Jo no diré, tal com deia l'escriptor anglès William Somerset Maugham, "si no vols que et menteixin, no preguntes", però, desgraciadament, algunes persones, d'una manera conscient o inconscient, fan de la mentida una de les seves principals habilitats. Enganyar, simular, dissimular o autoinfligir-se determinades malalties representen tota una sèrie de conductes, com podria ser també beure abans de posar-se al volant, petits furts, defraudar la hisenda pública..., que determinen unes característiques antisocials que apareixen també en persones normals i que, tanmateix, seria anormal que no existissin. Aprofundim una mica més aquests conceptes per entendre millor el que vull exposar.

Es pot considerar la simulació una mentida?

La simulació és una forma d'engany similar a la mentida. En el cas que

estem parlant seria sinònim de fingir una malaltia. Però, no és el mateix mentir que simular i això ho explica molt bé Vallejo Nágera en el següent exemple: si algú diu tinc mal de cap, sense que en realitat li molesti, aquesta persona menteix sense simular. La simulació es produiria en el moment en què la mentida s'acompanya d'una expressió en forma de queixes i movi-

ja que explota les ferides per treure'n caritat (penseu que hi ha autèntiques associacions professionals).

També existeix el simulador paranoide que sobreestima la seva personalitat i hipertròfia el seu orgull. Aquest cas és molt típic en l'accidentat de treball i es reclamen indemnitzacions molt per damunt de les que correspondrien.

◆ **Enganyar o simular mostra una conducta similar a la de beure abans de conduir**

◆ **Els simuladors acostumen a presentar símptomes molt subjectius i poc precisos**

ments de defensa (portar-se les mans al cap) suficients per expressar el dolor, sense necessitat de pronunciar paraula. Per tant, per poder considerar-se una simulació s'han de presentar aquestes tres premisses:

–Voluntat conscient d'enganyar.

–Imitació de trastorns patològics o dels seus símptomes.

–Finalitat última de treure'n benefici.

Cal distingir ràpidament entre simular i dissimular. També aquest concepte reuneix els trets esmentats, encara que en aquest cas el malalt amaga l'afecció patològica que realment pateix. Exemples típics poden ser amagar algunes malalties incompatibles amb certs llocs de treball (defectes de visió) o amagar determinats riscos quan es demana una assegurança de vida per evitar una sobrequota.

Centrant-nos en la simulació, aquesta acostuma a tenir uns objectius prou clars i entenedors que, en la nostra activitat i també en tota consulta professional, cal tenir presents. Molt clàssic és el perllongament de determinades lesions produïdes per un accident per augmentar la quantitat de la indemnització o el temps de baixa en el treball.

També es poden exagerar lesions residuals o bé la disminució de la capacitat de determinats òrgans i sentits amb la intenció d'assolir l'objectiu final que seria el d'una incapacitat laboral (l'afonia del mestre o de l'actor, la pèrdua de tacte en la mà de la cosidora, la dispnea de les professions liberals sedentàries i l'amnèsia del tècnic qualificat, entre d'altres).

El simulador permanent (i no l'ocasional que fingeix una coïxesa en la consulta o porta el collaret només quan ha de ser visitat) presenta molts tipus d'actituds, des del suggestible, que s'acostuma a refugiar en la malaltia quan es troba en dificultats, fins al veritable simulador professional. Aquest últim actua talment com un pidolai-

En tot moment, crec que és important no confondre el lector i, per tant, podem dir amb tranquil·litat que estem parlant d'un petit percentatge de casos i que, habitualment, una personalitat normal rarament es converteix en una persona simuladora, ja que té la suficient confiança en ella mateixa per prosperar en la vida sense necessitar les tècniques del simulador.

Quan podem pensar que estem davant d'un simulador? Sens dubte, la resposta s'escapa del límit d'aquest article atesa la infinita varietat de síndromes i processos patològics susceptibles de ser simulats, però intentaré sintetitzar-ne alguns de molt generals.

Els simuladors acostumen a presentar símptomes molt subjectius i poc precisos. Tot i que és possible, és molt estrany reproduir una malaltia concreta i és molt freqüent imitar símptomes aïllats.

Aquests quadres alteren greument tota la seva vida familiar, laboral i social. Aquestes persones van als professionals de més anomenada, en cas de ser una consulta privada paguen al comptat visites, exploracions... per poder impressionar (però si la consulta és pública, en canvi, hi ha moltes reticències a ser explorat, a fer tractaments de prova).

Quan s'ha de sospitar?

D'altra banda, també hem de sospitar davant una marcada discrepància entre les queixes presentades i l'exploració realitzada, davant la presència d'un advocat que acompanya la persona a la consulta, davant la inconsciència en els símptomes i l'incompliment del règim de tractament prescrit, davant l'exagerada gesticulació dels símptomes o bé la possible ocultació de documentació.

En general, els trastorns mentals acostumen a ser els més propicis per



Els metges han d'identificar els simuladors

fingir, però són poc freqüents, sobretot en la persona normal o equilibrada, ans al contrari, sí que utilitzen aquest recurs aquells que tenen un problema de base. S'acostumen a simular trastorns mentals de curta durada en forma (i això és una constant) de símptomes aïllats com ara idees delirants, mutisme, apatia, amnèsia, al·lucinacions i quadres depressius (l'aparència de la persona que té aquest quadre és bastant significativa: deixadesa, pal·lidesa...).

Però no arriben a completar una esquizofrènia o una paranoia en la quasi totalitat dels casos reconeguts.

Les malalties somàtiques simulades són molt més freqüents. Aquí inclouríem els defectes visuals més o menys simulats com l'amaurosi unilateral o bilateral, la pèrdua de l'agudesa visual o la mateixa producció de trastorns pupil·lars per la instil·lació local de fàrmacs. Són habituals les maniobres fraudulentament típiques per alterar l'aparell termoregulator i les dermatosis simulades per l'aplicació de càustics directament sobre la superfície cutània.

La típica de l'aparell locomotor és la simulació de la disbàsia o deambulació patològica. Penseu que hem d'anar a cercar aquelles troballes patognòmiques com poden ser la presència de durícies a les mans per la utilització de bastons (em ve al cap la marxa en tres peus tan típica de la patomímia isquiàlgica) o als peus per l'anormal punt de suport o pels mateixos objectes d'ús personal (desgast de les sabates...). La ciàtica constitueix una síndrome molt propícia de la simulació (sobretot si es tracta de persones que n'han patit algun episodi abans).

Eines clau: la sorpresa i la rapidesa

Creo que en aquests casos és d'obligada lectura el llibre *La enfermedad simulada* del mestre Dr. Antonio Vallejo Nágera, que alligona sobre diferents signes en l'exploració, cabdals

en aquestes situacions en què de vegades la rapidesa i la sorpresa són eines clau.

Sobretot en les síndromes mentals simulades cal fer el diagnòstic diferencial amb els trastorns facticis. Aquests consisteixen en la producció intencionada de signes o símptomes, de manera que la persona tergiversa les seves històries i els seus símptomes. La seva única finalitat és l'adquisició del paper de malalt. Així, la simulació difereix del trastorn factici en què hi ha un incentiu extern per a la producció dels símptomes, cosa que no passa en el trastorn factici.

Aquestes persones presenten labilitat emocional, soledat, intenten cercar l'atenció... i acaben sent ingressades a l'hospital una i altra vegada (d'això el personal d'urgències en sap molt), però sense ser un ingrès del tot convincent.

Una forma greu i poc freqüent d'aquest trastorn és la síndrome de Münchhausen, també anomenada *estafadors d'hospitals* o *pidolaires d'hospitals*. Aquesta síndrome consisteix a mostrar un predomini de signes i símptomes somàtics, des de l'abdomen en estrella —per múltiples cicatrius de laparotomies prèvies— fins a lesions cutànies o diferents quadres d'hemoptisi, hematemesi o hemàturies de repetició.

El rerefons de la situació

En aquestes situacions acostuma a existir una història mèdica falsa, contaminació de mostres, etc. Un cas a part, però típic d'algunes visites que rebem a l'ICAM (Institut Català d'Avaluació Mèdica), és el conegut amb un terme que trobo una mica pejoratiu però que tots entendrem: la neurosi de renda, neurosi del bitllet o *rendosi* (i que té infinitat de noms més). En aquest cas el pacient utilitza de forma

El diagnòstic en general de totes aquestes situacions que hem plantejat s'ha de realitzar quasi sempre per exclusió. Això de vegades no és gens fàcil. S'ha de començar per una molt bona anamnesi, amb una exploració completa (durant l'exploració estarem pendent dels moviments de la persona, de com es corda la camisa, com es lliga els cordons o es posa les sabates...) i amb totes les proves complementàries necessàries, i descartarem totes les opcions possibles.

En el cas de les simulacions de trastorns mentals, quan el pacient no presenta antecedents familiars o personals i ens trobem davant d'una aparició sobtada del quadre amb les característiques assenyalades (sense variacions en la seva evolució, conservació de l'orientació general respecte al seu medi, una conducta real discordant respecte a la que aparenta) s'ha de preguntar a coneguts, amics, familiars... i actuar amb molta paciència. A més, no es pot descartar que, de vegades, una simulació perllongada pot provocar veritables trastorns mentals.

Sens dubte, per tot això, és habitual que amb aquest tipus de persones la relació metge-malalt es pugui deteriorar i més si el professional comença a fer el paper de detectiu, amb la qual cosa la persona pot sentir-se susceptible de ser descoberta. No oblidem que el malalt també canvia el seu paper a l'intentar enganyar el professional. Fins i tot, si es tracta d'un veritable simulador, com més coses se li fan la situació empitjora i s'entra en un cercle viciós de molt difícil sortida, amb canvis de metges, de centre..., sense deixar de costar també la repercussió familiar, social i, fins i tot, econòmica que aquest procés suposa.

Espero que tots aquests comentaris

◆ **Són habituals les maniobres fraudulentament per alterar l'aparell termoregulator**

◆ **Una simulació perllongada pot provocar, de vegades, veritables trastorns mentals**

inconscient (a diferència del simulador) el seu problema orgànic (traumatisme, accident...) i el perllonga en el temps per poder reorganitzar el seu *modus vivendi* i obtenir guanys compensatoris per poder deslligar-se de les seves obligacions habituals. Els quadres de ressentiment i d'empipament acostumen a acompanyar aquestes persones.

ens ajudin a reflexionar una estona sobre la gran responsabilitat que tenim com a professionals davant d'una societat que avança massa de pressa i en què no es poden assumir els reptes que es plantegen.

Tal com deia el cèlebre Rémy de Gourmont: "Allò veritablement terrible quan es busca la veritat és que es troba."

Fibromiàlgia: un diagnòstic controvertit

Dr. Óscar Sacristán i Dr. Gerard Torres · *Metges internistes, Hospital de Santa Maria, Lleida*

Una dona de 48 anys amb antecedents personals de traumatisme cranioencefàlic fa anys que explica un quadre de diversos anys d'evolució de cefalees i dolors osteomusculars. Ha estat visitada per molts especialistes: internistes, reumatòlegs, traumatòlegs, rehabilitadors, psiquiatres i, per suposat, desenes de vegades pel seu metge d'atenció primària. Els diagnòstics han estat diversos: des d'uncoartrosi fins a hipertonia cervicodorsal, de trastorn de personalitat a quadre ansiós depressiu amb actitud hipocondríaca, i actualment li han diagnosticat fibromiàlgia.

La fibromiàlgia (FM) és un estat dolorós generalitzat i crònic que afecta predominantment zones musculars i raquis. Associa una sèrie de símptomes molt diversos que van des de la fatiga i l'insomni fins a les parestèsies, passant per la disfàgia o les palpitations. Almenys dos terços dels pacients també tenen problemes psicològics associats com ansietat o depressió. És una malaltia d'etiologia desconeguda amb una prevalença aproximada del 3%, més freqüent en dones que en homes.

La FM va ser reconeguda com a malaltia per l'OMS el 1992 i està tipificada en el manual de Classificació Internacional de Malalties (CD-10). Tanmateix, la seva acceptació com a malaltia continua sent controvertida i molts autors en neguen l'existència. Quins són els motius?

El problema fonamental està en el mateix diagnòstic de la FM. Es fa sobre la base de criteris clínics, els elaborats pel l'American College of Rheumatology (ACR) el 1990: dolor generalitzat almenys durant tres mesos i dolor a la pressió en almenys 11 de 18 punts corporals possibles. Aquests criteris són subjectius i no hi ha paràmetres analítics ni altres proves complementàries específiques.

Hi ha autors que, tot i admetent que hi ha pacients amb les manifestacions clíniques de la FM, consideren que és preferible no fer aquest diagnòstic: el principal motiu és que els símptomes de la FM es donen freqüentment en la població general, de manera que estaríem anomenant malaltia una cosa que per a la majoria no suposa un pro-

blema important. Dit d'una altra manera, fer el diagnòstic de fibromiàlgia significa medicalitzar el pacient i crear malalts on abans no hi eren.

Altres autors opinen que la FM és simplement un producte de la medicalització dels processos de somatització tan freqüents en la nostra societat. Es tracta de pacients amb una personalitat ansiosa, obsessiva i amb tendència clara al trastorn hipocondríac, però que no accepten cap altra explicació als seus problemes que no sigui una alteració física o orgànica; així, en lloc de trastorn somatoforme l'anomenaríem fibromiàlgia. De fet, els analgèsics són poc efectius en aquests pacients i dos dels tractaments que s'utilitzen són el psicològic i els fàrmacs antidepressius.

També s'ha utilitzat l'argument que la FM és una conseqüència de la universalització i l'accessibilitat de l'actual sistema sanitari: les queixes sovint inherents a l'edat i al nostre ritme de vida actual es traslladen a la consulta del metge, a qui se li exigeix una explicació, un diagnòstic i un tractament adequats.

Pels adeptes, el diagnòstic de la FM té més avantatges que inconvenients: permet entendre's més bé amb el pacient, elimina els dubtes que li puguin sorgir sobre altres diagnòstics més greus, evita endinsar-se en l'estudi de la seva malaltia, la qual cosa redueix el consum de recursos sanitaris, i, lluny d'empitjorar, permet adoptar un tractament multidisciplinari que ha demostrat millorar la seva qualitat de vida en molts casos.

Sense dubtar de l'existència de la FM com a entitat nosològica ni dels seus criteris diagnòstics, els aspectes comentats mereixen una reflexió. En alguns pacients, la presència dels símptomes es produeixen amb tanta intensitat que dificulten la seva vida laboral, social i personal, i descartades altres malalties orgàniques o psiquiàtriques, hem de pensar en la FM com a malaltia i intentar alleugerir el seu patiment. Però, el dolor és una de les principals consultes en l'atenció primària i, en estudis basats en enquestes poblacionals, a Catalunya, un 28% de les dones i un 17% dels homes relaten

◆ **Fer el diagnòstic de fibromiàlgia significa medicalitzar el pacient i crear nous malalts**

dolor crònic, i molts d'ells hi associen problemes d'insomni o ansietat. Si no fem una anàlisi crítica correm el risc d'etiquetar molts d'aquests pacients de FM i que aquesta es converteixi en un calaix de sastre.

BIBLIOGRAFIA

Wolfe, F. "The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee". *Arthritis Rheum*, 1990; 33: 160-72.

Collado, A.; et al. "Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromiàlgia en Cataluña". *Med. Clin. (Barc)* 2002; 118 (19): 745-9.

Rivera, J. "Controversias en el diagnóstico de fibromiàlgia". *Rev. Esp. Reumatol.*, 2004; 31 (9): 501-6.

Valls-Lobet, C. "Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente". *Med. Clin. (Barc)* 2002; 121 (11): 412-3.

Blanco López, W.; Seguí Díaz, M. "Fibromiàlgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido?". *SEMERGEN*, 2002; 28 (4): 216-218.

'Los inventores de enfermedades'

Jörg Blech · Ed. Destino/Ed. Círculo de Lectores
"Médicos e industria farmacéutica trabajan para ampliar el negocio exagerando o inventando riesgos para la salud."

Des d'aquesta hipòtesi, l'autor, un periodista alemany especialitzat en temes mèdics, elabora un minuciós, interessant i amè assaig, molt recomanable per conèixer per què en les societats desenvolupades la bona salut és una espècie en perill d'extinció. Els títols d'alguns capítols són prou explicatius:

- Una enfermedad llamada diagnóstico
- La feria de los riesgos
- Psicofármacos en el recreo
- Las personas sanas mueren de preocupación

A més, el llibre conté el pròleg de Joan-Ramón Laporte, rigorós i, a la vegada, vehement en la crítica a la indústria farmacèutica, i l'epíleg de Peter Sawicki (les dotze preguntes per reconèixer malalties inventades i tractaments dubtoses). Una lectura que ens fa més escèptics i, tant de bo, més lúcids.

Altres llibres recomanables en aquesta línia:

- Shem, S. *Monte Miseria*. Ed. Anagrama.
- Skrabanek, P.; McCormick, J. *Sofismas y desatinos en medicina*. Ed. Doyma.

Dr. Ignasi Casado
Metge de família de l'ABS Balàfia



Unes pinzellades d'història

Butlletí Mèdic inicia en aquest número una nova secció, Espai dels Sèniors. Els metges jubilats tindran en aquest espai l'oportunitat d'expressar-se i d'exposar les seves idees.

La secció col·legial de metges jubilats es va crear, com la resta de seccions, d'acord amb els nous estatuts del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, publicats en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* amb data 29 d'agost de 2003 i segons el capítol 6, articles 41-44.

Un any més tard, el president del Col·legi, Xavier Rodamilans de la O, i el secretari, Carles Querol Vela, van convocar tots els metges jubilats del Col·legi de Lleida a una assemblea per al dia 9 de març, amb dos punts a l'ordre del dia: constitució de la comissió gestora i elaboració del reglament de la secció de metges jubilats.

L'assistència no va ser gaire encoratjadora, ja que només hi van participar onze metges. Els assistents van nomenar la comissió gestora, formada pels doctors Emilian Astudillo Domènech, Antoni Menén Navarro i Roc Llobera Serentill. També es va lliurar un exemplar del reglament marc i de la part dels estatuts col·legials que fan referència a les seccions col·legials.

El 14 d'abril es va aprovar, en una nova assemblea amb només vuit col·legiats, el projecte del reglament de la secció. Document que la junta de govern també va aprovar el 9 de juny.

La següent assemblea es va celebrar el 15 de juliol, també amb la participació de vuit col·legiats. En aquesta reunió es constitueix la junta col·legial de la secció, formada per Emilian Astudillo Domènech, president; José Sierra de Benito, tesorero; José M. Ventosa Echeverría, secretari, i Antoni Menén Navarro i Roc Llobera Serentill, vocals.

Finalitat i funcions de la secció

A diferència de totes les altres seccions, la de metges jubilats no pretén incrementar el coneixement d'especialitats, elevar el nivell científic, fer divulgació en mitjans oficials, hospitalaris o universitaris, vetllar pels recursos terapèutics... La nostra finalitat és la defensa dels interessos professionals i socials dels metges jubilats i dels seus familiars directes en l'àmbit del COML. Per això, en aquesta



La secció de metges jubilats del Col·legi de Lleida a Alquézar



Els metges jubilats també van visitar Alcanyis i Morella

secció es vol:

- Recollir i donar informació de qualsevol aspecte rellevant de la situació dels membres.
 - Defensar els drets dels membres de la secció davant de la Seguretat Social, mútues i altres entitats.
 - Donar suport a les vídues i els orfes dels metges
 - Organitzar activitats socioculturals i lúdiques per als seus membres i familiars.
 - Mantenir relació amb les seccions de jubilats d'altres col·legis i amb l'Organització Mèdica Col·legial del Consell General de Col·legis Mèdics d'Espanya.
 - Informar els col·lectius propers a la jubilació dels temes que els poden afectar.
 - Restar com a assessors de la junta de govern del COML i de l'assemblea general d'aquelles qüestions oportunes.
- Actualment s'han tractat, en l'àmbit estatal, els temes següents:
- Límit de les pensions dels metges jubilats.
 - L'IRPF de les pensions.
 - La situació de PSN per al règim d'AMF-AT.
 - El problema del copagament sanitari.
 - La recepta electrònica i els jubilats.
 - Millora de les pensions de viudat i orfanat.
 - Altres qüestions.

Activitats des del novembre de 2003 fins al 30 de setembre de 2005

1. Reunions de la junta de la secció: disset.
2. Assemblees generals de la secció (sense comptar les dos de la constitució): tres. Els dies 16 de desembre de 2004, amb 18 assistents i 4 excuses; 24 de febrer de 2005, amb 15 assistents i 7 excuses, i 16 de juny de 2005, amb 15 assistents i 3 excuses.
3. Assistència a les assemblees generals estatals: quatre. Els dies 10 de setembre i 26 de novembre de 2004, i 22 d'abril i 14 de juliol de 2005.
4. Assistència a les juntes centrals: una, el dia 23 de setembre de 2005. La Comissió Permanent del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya renova el president i el secretari anualment i, des del 15 de juny d'aquest any, el Col·legi de Lleida ha ocupat aquests càrrecs. L'Associació de Metges Jubilats de Catalunya segueix aquest patró i, per això, enguany ens correspon la representació de Catalunya a la Junta Central de Metges Jubilats de l'OMC.
5. Reunió amb el president del Col·legi de Metges de Lleida, Xavier Rodamilans, el dia 10 de març de 2005. Aquesta trobada, que va ser molt cordial i profitosa, va servir per presentar-nos, per

explicar les activitats fetes i per plantejar altres temes, tant en l'àmbit estatal com de Lleida.

6. Assistència a altres reunions: 15 de novembre de 2003 a Sant Feliu de Guíxols (Girona) i 16 de desembre de 2003 i 1 de juny de 2004 a Barcelona. En les trobades se substitueix el doctor Jordi Planella, representant a la junta de govern dels metges jubilats abans de constituir-se la secció.

7. Incorporació, com a branca de la secció, de les vídues dels metges. En la reunió del 17 de febrer de 2005 es va nomenar com a representant Maria Teresa Martínez de Cava.

Activitats lúdiques portades a terme

1. Dinar de Nadal del 2004, celebrat a l'Hotel Condes de Urgel de Lleida, amb 37 assistents.
2. Visita guiada a la col·legiata d'Alquézar i al museu etnològic el dia 28 d'abril de 2005. Els 37 assistents a l'excursió van gaudir també d'un dinar típic a Casa Gervasio i d'una visita a Torreciudad, a les capelles i a un museu dedicat a diverses marededéus, a la basílica i al museu biogràfic de sant Josep Maria Escrivá de Balaguer.

3. Excursió els dies 20 i 21 de setembre de 2005 a Alcanyis: visita guiada per la població, l'ajuntament, la col·legiata, els passadissos subterranis i el castell dels Calatrava. Els 33 assistents a l'excursió van dinar al Parador de Turisme. Després, a la tarda es va fer una visita guiada a la ciutat de Morella, es van poder veure els salons gòtics del segle XIII de l'ajuntament, la basílica Santa Maria la Major i el mirador del castell des del Reial Convent de Sant Francesc.

Per acabar la jornada, els assistents van sopar i es van allotjar a l'Hotel Don Jaime 3*. El segon dia, després d'esmorzar, es va sortir cap a la Balma, on es va visitar la verge, la plaça rectangular i el Palau dels Osset a Forcall. El següent punt va ser Sant Mateu, capital històrica del Maestrat, amb visita al seu patrimoni arquitectònic, especialment la magnífica església arxiprestal amb portada romànica del segle XIII i el seu museu. Per acabar el viatge, els excursionistes van anar fins a Vinaròs, on van menjar el típic marisc i peix i van visitar el delta de l'Ebre.

Certament i sortosament la bona convivència i la companyonia entre els participants han marcat tots els actes lúdics celebrats.

Dr. Emilian Astudillo Domènech

Lleida l'any 1605

Enguany es compleix el quart centenari de la publicació de la primera part d'«El Quixot», obra literària universal escrita per Miguel de Cervantes Saavedra, fill de cirurgià. Tres-cents anys després, també un fill de cirurgià, Santiago Ramón y Cajal, va arribar, amb la seva obra científica, a obtenir el reconeixement de tot el món (1906).

Dr. Manuel Camps Surroca i Dr. Manuel Camps Clemente

El primer dels esdeveniments, el literari, ens ha portat a endinsar-nos en alguns successos de la vida lleidatana d'aquell any 1605, amb la intenció de relatar-los també pel fet de l'imaginari pas del Quixot per aquestes terres quan es dirigia a Barcelona, tal com es veu en el mapa que adjuntem.

Des del punt de vista sanitari, el 1605 es va caracteritzar per l'elevada mortalitat infantil que hi hagué a la ciutat els mesos de setembre i octubre. També el 17 de setembre es va practicar una cesària *postmortem* d'un albat de Joana Camps, "lo qual després de morta lo tragueren los barbers en casa de Violant Mahull" (1).

Malgrat les pragmàtiques, els edictes i les crides reals que prohibien portar i usar pedrenyals curts i anar amb quadrilles compostes per més de tres persones, el bandolerisme no deixava d'incidir en una ciutat com Lleida, que, probablement, no devia arribar, com 50 anys enrere, als 5.000 habitants.

De la mateixa manera que Roc Guinart va ser el famós bandoler que es va trobar amb el Quixot quan aquest anava cap a Barcelona, Lleida també era seu en aquell temps de coneguts bandits com Pere Malet de la Portella, Simó Giner de Benavent, Joan Boyo de Sant Martí de Maldà i Pere Salvata d'Alfés, entre d'altres.

Regnava Felip III de Castella i II de Catalunya i Aragó (regnat 1589-1621). El 28 d'abril de 1605, els paers de Lleida reberen una carta del rei, signada a Valladolid el 9 d'abril, on els comunicava el naixement del seu fill (futur Felip IV) el Divendres Sant.

Al mateix temps, els encarregava la celebració de processons solemnes, oracions i festes. En compliment d'això, i el mateix dia que a Balaguer es treia el Sant Crucifix per celebrar aquest esdeveniment, Lleida va fer una processó per banyar el braç de sant Valero; l'ofici es va fer a l'hospital, ja que no es podia passar pel pont. També es van declarar tres dies de festa amb balls i cobles dels joglars (2).

Des del punt de vista professional, feia solament cinc anys que s'havien

redactat les Ordinacions del Col·legi de Metges i Cirurgians.

Relatarem alguns successos que van passar aquell any a la ciutat i en altres llocs propers.

Els pecats públics

Malgrat les crides que es feien sobre els aleshores denominats pecats públics, eren força les dones de la ciutat que vivien de la prostitució i hi perseveraven. El mercader Lluís Pollina, que havia exercit de sotsveguer el trienni 1597-1599 i part del 1600, havia lluitat molt per foragitar-les. Però el 1605 encara continuaven exercint l'ofici les mateixes d'aquells anys. N'hi havia més de 20, repartides entre els carrers dels Gascons, la Magdalena, la Jueria, les Carnisseries del Peu del Romeu, el Crucifix del Degà, el carrer de la Costa davall el Palau, la plaça d'en Bordalba, el fossar de Sant Llorenç, el Portal Pintat, etc. Algunes eren conegudes pel seu malnom, com les Vídues Guineus del carrer de la Magdalena, la Mossa de la Cua Llarga, la Vidua Ganyola, la Coixeta, etc. (3).

El mes de gener, Violant Fustera i Maria Blasca van ser sorpreses dormint amb dos homes armats amb pedrenyals després d'haver sopat tres rals de carn amb una cuixa.

Un d'ells, el muntanyès Llorens Burrell, va reconèixer que actuava malament, però va afegir que era conseqüència de la fragilitat de l'home. Les dues dones van ser castigades amb la pena de 100 assots i l'expulsió de la ciutat (4).

Una altra era la pamplonesa Anna Peres (àlies Gonsales), la qual posava a l'Hostal de l'Aire, entre la plaça de l'Hospital i l'almodí. Malgrat haver estat empresonada temps enrere, dormia amb un tal Joan de Maldà, perquè l'hostalera, que actuava d'alcalde, no feia cas de les ordres de fer-la fora de l'Hostal. Les dues dones van haver de pagar la pena de 10 lliures, 5 destinades al veguer i 5 a la ciutat (5).

Eren molt coneguts com a alcavots els Ballester (el pagès Joan Fona,



Retrat de Francisco de Moncada, marquès d'Aitona

◆ El 1605 es va caracteritzar per l'elevada mortalitat infantil

◆ Eren força les dones de la ciutat que vivien de la prostitució

àlies Ballester, i la seva muller Caterina, natural de França), domiciliats al carrer de mossèn Jusseu. Entre molts altres fets de la mateixa naturalesa, van desencaminar Jerònima Àgata, muller de Joan Martí (àlies lo Castellar), i van aconseguir separar el matrimoni.

La van invitar a casa seva, on es va besar i abraçar amb el notari Ledesma; i l'endemà els van portar a l'hort del notari Pons perquè tinguessin relacions sexuals. La gent estava escandalitzada perquè veien com alguns estudiants i altra gent de capa negra entraven i sortien de casa seva. Al

final, els Ballester van ser assotats pels llocs acostumats de la ciutat i després desterrats per sempre (6).

Una pràctica no infreqüent, duta a terme per rufians, era la de portar dones per les pletes i traficar sexualment amb elles, com era el cas de Pere Malet, bandoler de la Portella que solia anar amb la quadrilla del temut Simó Giner de Benavent, home aquest barba-ros, no gaire alt, que solia vestir un capotell de burell i un barret de color i muntava en un cavall pèl-roig de cua curta, amb alguns pèls blancs, i amb una gran estrella o frontera blanca que li ocupava tota la cara. Se'l veia freqüentar molt Alcarràs acompanyat d'altres bandolers armats amb pedrenyals.

Al final, Malet va ser detingut vora l'alzinar de Grealó, just damunt del castell d'aquest lloc, quan es dirigia a Juneda acompanyat d'una dona que acostumava a portar per diverses ciutats. Va explicar que l'home que havien esquarterat aquells dies a Lleida, i l'home que van matar (Bertomeu Pujol) quan va succeir la mort de Pere Ciurana, eren grans amics seus. Finalment, Malet va ser multat a pagar 6 lliures a la cort, de les quals dos terços tocaven a la ciutat, però per gràcia especial en rebria la meitat el veguer i l'altra meitat la ciutat (7).

El 9 de març, tres mesos abans de la captura de Malet, també a l'heretat del Pi de la partida de Grealó, hi hagué una brega que acabà amb lesions. Un tal Toni Castaneda va començar a bravejar perquè l'ama de l'heretat, burlant-se d'ell, li va treure unes rabassetes de l'alforja. Aleshores, Forné li digué: tant que braveges, dona tossades a aquest ametller! Castaneda ho va interpretar com si fos un cornut i d'aquí vingué la baralla i el cop de pedra que rebé al cap. El cirurgià del carrer Major Joan Mombiela va atendre el lesionat durant 4 o 5 dies i va informar que el va curar "de una pedrada en lo front i de un altre colp en la galta los quals colps lohu es a saber del front es perillos i lo altre de la galta no deixa de serho". Forner va ser condemnat a la pena de l'establiment, que era una multa de 5 lliures (8).

Les ferides perilloses o greus eren no només les que podien esdevenir mortals, sinó també les que deixaven impossibilitat l'exercici d'una funció, com podien ser, per exemple, les ferides i contusions del crani.

Dos morts per arma de foc

Es deia públicament per la ciutat que després de la mort violenta del clavari major Pere Joan Miravet, succeïda el 3 de març, no s'aturaria la violència i en matarien 6 o 7. Es creia que Miravet, amb 5 o 6 més, tenien "contaminada la casa de la ciutat" i no es feia sinó el que ells volien i d'això no en podia resultar sinó algun

desastre. Estaven en el punt de mira, entre altres, el notari Jeroni Roig, Pere Ciurana, Lluís Valls i Lluís Gomar.

Pere Joan Miravet rebia un tret a boca de canó davant mateix del pilar de l'almodí. Va morir al cap de 10 dies a la seva casa de la plaça de l'Almodí, on va anar el veguer Lluís de Queralt acompanyat de dos paers, el notari, el cirurgià Francesc Ribes i dos testimonis. Un cop el veguer comprovà la mort posant el bastó sobre el pit del cos de la víctima i cridant-la tres vegades consecutives, ordenà al cirurgià el seu examen extern: "Tenie lo bras squerre tot trencat i dilacerat los musclos i quantiha de una pedrenyalada que li travesave dit braç en quatre pilotes i les dos travesen al costat davall la eixella i fan dos nafres dites dos pilotades i les altres dos pilotes tenie la una prop del musclo y la altra en los pits de quibus" (9).

L'al·ludit cirurgià, de 42 anys, resident a la plaça de Sant Joan i fill del cirurgià del mateix nom, va fer les cures domiciliàries de les dues ferides del lesionat en col·laboració amb els mestres cirurgians Josep Puig (que va ser prohomo dels hospitals i hospicis de Lleida) i Pere Oliver Llopis. Aquest últim, de nissaga de cirurgians, moria el 23 de novembre de 1629 i va ser enterrat al Monestir de Jesús.

Els dos criminals incriminats en la mort, vestits amb capa negra i barret, van fugir a través del carreró de l'hospital que sortia a l'arenys del Segre en direcció a l'hort del mestre Barberà, on els esperava Simó Giner amb el seu cavall i armat amb tres pedrenyals. En el recorregut, un d'ells va perdre el barret negre de falda ampla que portava i no s'entreguà a recollir-lo. Aquest barret va ser penjat a la paret de la Paeria i es va fer una crida a so de trompeta per oferir un bon premi a qui el reconegués per tal d'ajudar a identificar els criminals.

Dos mesos després d'aquest crim, la nit de l'11 de maig, succeïa un altre homicidi. Després d'una brega amb armes de foc, el bandoler Simó Giner va entrar a casa de Francesc Ivorra, carlà de Corbins. Immediatament, pegant-li un cop de pedrenyal al muscle, ordenà a un lacai del carlà que anés a buscar el cirurgià Miquel Mòdol (mort el 19 de setembre de 1607), que vivia molt a prop del porxo de Violant Mahull (10).

El cirurgià, amb camisa de dormir, es va desplaçar per atendre la urgència i pel camí va veure Perot Ciurana mort a terra davant mateix de les cases del carlà i del veguer. En arribar a l'entrada de la primera, es va trobar un altre home moribund acompanyat del bandoler Simó Giner i de quatre més, tots armats amb pistoles. Mòdol, molt espantat per la situació, va introduir els dits a la nafra que tenia al costat i, amb el toc i el palp, va veure que

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

era mortal. Solament aconsellà que el confessessin. En aquell moment va trucar a la porta el veguer Lluís de Queralt, però Giner i els altres van dubtar d'obrir-lo. Durant uns moments, amb les pistoles empunyades apuntaren en direcció a la porta. Al final, van decidir no deixar-lo entrar, en contra de la voluntat del cirurgià, al qual van conduir en un lloc obscur de la casa i ells van fugir per una porta falsa que donava a un carreró que baixava cap a l'areny.

Aleshores, el cirurgià obrí al veguer i li va explicar que l'home mort de l'entrada pertanyia a la quadrilla de Giner, atès que aquest estava molt interessat que el curés.

El veguer ordenà que portessin el cadàver "a cap i a peus" a l'entrada de casa seva i d'allí a la Paeria, on després, i abans de donar la llicència per sebollir-lo, va comprovar la mort i va ordenar l'examen extern del cos, el qual va demostrar que tenia una ferida de pedrenyal prop de la mame-lla esquerra i una altra a l'esquena. Després, el sastre mestre Joan Costa va identificar el cadàver com el de Bertomeu Pujol, al qual havia vist moltes vegades i, en particular, a casa del rector de l'Estudi en companyia de Simó Giner i d'altres armats amb pedrenyals.

Després d'aquesta diligència, el veguer es va dirigir a casa de Perot Ciurana, lloc on prèviament havia ordenat el trasllat del seu cos. Allí va comprovar la mort i va ordenar la inspecció ocular. Li van observar tres pilotades o orificis de pedrenyal al costat esquerre i un altre a l'esquena.

El criat del veguer, Bernat Roure, i el torner Pere Vidal de la plaça de la Sal van veure com Simó Giner rematava Pere Ciurana estirat a terra davant de la casa de la senyora Monsuar, situada a la cantonada del Clot de les Monges, i com després l'agafava pels peus i l'arrossegava per aquest carrer fins davant mateix de casa del veguer, on li va treure el pedrenyal i una espasa que portava. Immediatament, l'esmentat criat anà a buscar el veguer a casa de Francesc Gilabert, on aquella nit es feia un sarau.

La mort de Ciurana va succeir el darrer dia de les avemaries que es feien per celebrar el naixement del Príncep. Aquest es trobava a la plaça de Sant Joan i el va acompanyar a casa seva Jordi Mahull a través del carrer gran en direcció a Magdalena. En arribar a la plaça de la Sal, davant mateix del Clot de les Monges, els van disparar un grup d'homes amagats darrere d'una fita; van ferir Mahull i van matar Ciurana. Aquests respongueren també amb trets, que van occir Bertomeu Pujol de la companyia de Giner. La senyora Anna de Queralt i d'Orcau, germana del veguer i vídua del donzell de Tremp Joan d'Orcau,



quan succeí el fet es trobava a casa del veguer acompanyada del batlle de Puigverd, Pere Boronat, i del senyor de Puiggròs, que s'hi hostatjaven aquells dies. Va sentir un total de set trets, però no va poder veure l'home mort a través de la finestra a causa del fum que es va produir.

Va baixar al carrer amb una criada i amb l'ajuda d'un llum va veure que Perot Ciurana, tot tacat de sang, encara movia els ulls però no podia parlar. Li digué que es recordés de la Passió de Nostre Senyor. Hi van acudir alguns veïns i, entre ells, el mestre Andreu Fuster, que li va girar la cara i li va dir: Déu et perdoni! Un mes abans de succeir les dues morts, l'esmentat lacai del carlà de Corbins, trobant-se en aquest poble a casa del seu amo, va veure Simó Giner acompanyat de Bertomeu Pujol i Miquel Morell d'Alcover i de 40 o 50 homes més armats amb pedrenyals.

D'allí van marxar tots junts al comtat de Prades, travessant el riu per Vilanova de la Barca. Corria la veu que havien fet molt mal en aquell comtat. Pedro de Villagordo, procurador de Bàrbara, vídua de Pere Ciurana, i casat amb la germana d'aquest, comparegué a l'arxiu de la Paeria

per demanar justícia contra Francesc Ivorra i contra tots els que entraren a casa seva per matar el seu cunyat.

L'intent d'homicidi del sotsveguer Josep Cabús

El 28 de maig, pocs dies després de la mort de Ciurana, el lloctinent de cort i veguer Josep Calbús, acompanyat de dos més, buscava un tal Joan Boyo (Francesc Gilabert li havia promès 50 escuts si el detenia), que acabava de sortir de casa del carreter Joan Riu, prop de l'almodí, on havia begut vi blanc amb Jeroni Sunyer i altres. D'allí se'n va anar al bordell (partit de la ciutat o casa pública) a parlar amb la seva amiga Anna Gonzales. Després de la conversa, en arribar al carrer dels Hortolans, va topar amb el sotsveguer i, sense fer cas de l'ordre de detenció, li disparà un tret de pistola amb la intenció de matar-lo. Però solament en va resultar ferida Montserrat Falgueres, de Castellserà, una dels dos acompanyants. Al final, el van poder detenir al carrer major de Sant Antoni i el van posar a la presó, on el cirurgià Francesc Ribes li va cosir dues nafres del cap de poca importància que no penetraven

- ◆ **Pere Joan Miravet rebia un tret a boca de canó davant mateix del pilar de l'almodí**
- ◆ **La mort de Ciurana va ser el darrer dia de les avemaries pel naixement del Príncep**



A l'esquerra, arc d'Adar (entre Llardecans i Aitona). Dalt a la dreta, restes del castell de Binfaró. A baix a l'esquerra, finestra d'una casa de Binfaró

els ossos, i amb les tises li llevà un gran *topeto* de cabells negres del cap (adorn del cabell de les dones) (11).

Falgueres va ser portat a l'hospital, on va ser atès pel veterà cirurgià de 70 anys Josep Puig de les dues ferides que tenia al genoll esquerre, una de les quals li travessava. El cirurgià va informar: "Dites nafres evidentment amostren esser estades fetes ab pilota abastarda tirada ab tir de pedrenyal, o, altre arma de foch semblant la qual nafra si be per ser en lo lloch que es nestara desgarrat dit Falgueres es de la qualitat de les nafres que diem esser mortals *ut plurimum* y esta es ma relatio."

Les lesions, segons el seu pronòstic, es dividien en lleus, greus o perilloses i mortals. D'aquestes últimes se n'admetien tres graus de gravetat: absolutament mortals o mortals de necessitat, mortals *ut plurimum* i mortals per accident. Les segones, produïen comunament la mort, però podien curar-se amb els auxilis de l'art.

Joan Boyo era un teixidor de lli de Sant Martí de Maldà, caracteritzat per l'esmentat *topeto* de cabells al cap i que ja havia estat empresonat l'octubre del 1600. Anava amb la quadrilla dels bandolers que van robar a casa de Pere Ros del lloc de Binfaró.

Boyo, acompanyat de cinc bandolers abrigats amb capes gascones i armats amb pedrenyals curts, simulant que era un oficial real (amb

el bastó insignia curt que portava encarregat de capturar, viu o mort, el bandoler Miquel Cathalà (conegut amb el nom de Pai Cathalà) per ordre del virrei, entrà a casa de Pere Ros mentre aquest sopava amb la seva muller Mariana, el seu fill mut de 14 anys, el seu germà Joan i la seva dona Elisabet (germana de Mariana), i una mossa anomenada Anna Anglès. Els van enganyar dient-los que sabien que aquella nit Pai Cathalà havia d'acudir a Binfaro i que s'havien d'esperar fins a les onze per capturar-lo.

Creient que deien la veritat, els van convidar a sopar. Ros els va dir que solament tenien sis ous i que si li retornaven les claus de casa aniria a cercar-ne més. Però no ho acceptaren i li digueren que amb els sis ous cuits i uns quantos pans en tindrien prou per alimentar dos fadrins que s'esperaven fora. Boyo i els altres menjaren bresques. Després de sopar van introduir els dos germans Ros al pastador i els van preguntar si tenien pedrenyals. Davant la seva negativa i, amb l'excusa de comprovar-ho, els van fer pujar al pis de dalt i els van demanar les claus de les caixes. Fou aleshores que van cometre el robatori de diners i altres objectes. Però volien més diners perquè creien que Ros havia venut molt blat. Després de cometre el delictes els van amenaçar de mort dient-los que mantinguessin el fet en secret i que abandonessin Binfaro i anessin cap a Lleida.

Josep Calbús i quatre paers van ordenar que es reunissin 14 prohoms de ventura a la sala del Consell General de la Paeria amb la finalitat de llegir-los l'enquesta feta contra Boyo. Després d'escoltada van acordar que fos arrossegat pels llocs acostumats de la ciutat i li fossin tallades les dues orelles a la plaça de la Paeria i el puny dret al lloc on va tirar l'escopetada, que després el pengessin a la part de dins de les portes del bordell i que després fos degollat en un cadafal al lloc on s'acostumen a fer semblants sentències, i esquarterat el seu cadàver. Abans d'executar la sentència havia de ser turmentat *in capita sociorum*. Van treure Boyo de la presó i li van comunicar la sentència. Entre altres, hi eren presents el doctor en medicina Guillem Tarragó i el cirurgià Pere Oliver. L'advertiren que si no volia ser turmentat havia de dir la veritat sobre qui eren els companys que van contribuir en el robatori que se li imputava. En veure que havia de morir irremissiblement i no volent ser turmentat, va explicar tot el seu historial delictiu que relatem a continuació.

El 6 de maig es trobava a l'ermita de Carassumada de Torres de Segre, en companyia de Bernat Voltor d'Alcover, Pere Escolar (àlies Llop) de Camporrells, Francesc Torrell de Mont-ral, Miquel Balle d'Igualada i



Mapa que mostra els llocs per on va passar el Quixot

◆ **Calbús ordenà que es reunissin 14 prohoms de ventura a la sala del Consell General**

◆ **Van acordar que Boyo fos arrossegat per la ciutat i li tallessin les dues orelles**

Pere Salvata d'Alfés (germà de l'almodiner de Lleida). Abans de pondre's el sol van marxar tots sis armats amb pedrenyals, i Boyo també amb un bastó curt. En una hora van arribar al castell de Binfaro, propietat de Pere Llorens. Salvata va trucar a la porta i Colom, que vivia allí amb la seva dona i una mossa coixa, els va obrir. Per sopar van prendre vi i ous i van dormir i restar allí fins a l'endemà a posta de sol, que va ser quan es van dirigir a robar a casa de Pere Ros. L'inductor del robatori va ser Salvata, ajudat per un jove de Binfaro que l'havia informat que Ros era molt ric. Entre moltes altres coses, robaren dues peces de drap prim que Boyo va aprofitar perquè la muller del sabater d'Aitona, del carrer de la Sinoga, li fes una camisa, i un sastre jove de la mateixa localitat, un gipó.

Després del robatori van marxar de nit en direcció cap a Sarroca. Sense entrar a la població van arribar a punta de dia a la vall dels masos del seu terme municipal, en un dels quals

◆ **Joan de Cárdenas va ser condemnat a rebre 100 assots pels llocs acostumats**

◆ **Un home va entrar a casa del notari i escrivà major de la Paeria el 17 de maig**

es van repartir el botí. Després, Balle i Torrell se'n van anar a Torres de Segre i els altres quatre van fer cap prop d'Aitona, a casa d'un cristià nou anomenat Lluïset, que es dedicava a fer seda amb un germà. Bayo i Voltor ja s'havien allotjat dues vegades a Aitona a casa del cristià nou Faraig, el qual tenia a mitges les egües del marquès d'aquesta població, Gastó de Moncada i Gralla (+1626). Un fill d'aquest, Francesc de Moncada i de Moncada (1586-1635), és conegut com a governador de Flandes i com a escriptor barroc de caràcter novel·lesc (12). Dotze dies abans del robatori de Binfaro, Bayo, Voltor i 19 homes més armats amb pedrenyals van marxar a boca de nit de Torres de Segre en direcció a Sarroca, Granyena, el Soleràs, els Torms i Juncosa. Anaven amb la intenció de topar-se amb Miquel Morell d'Alcover, gran enemic de Voltor. No es van trobar, però en arribar a un corral entre Sarroca i Granyena, un tal Preixens d'aquesta població els va subministrar pa, vi, ous i cansalada, i els va informar que en una casa de Granyena hi havia molts diners, en particular 300 lliures amagades en un forat de la paret. Excepte Voltor i Bayo, que marxaren cap a Aitona, els altres anaren a robar-les.

Un altre robatori que van cometre un mes i mig abans del de Binfaro va ser a l'hostal de T. Papio, de Llardecans, on s'hostatjaven alguns moriscos. Després d'haver menjat per sopar ous, pa i vi, obligaren l'hostaler a donar-los 22 lliures i un pedrenyal que tenia un valor de 20 escuts. A la matinada, es van repartir el botí en un bosc del terme d'Adar, al costat d'unes arcades. Bayo comprà el pedrenyal per 13 lliures. El motiu d'aquest robatori va ser perquè Papio recollia a casa seva l'esmentat bandoler Miquel Morell, com hem dit gran enemic d'ells.

Quinze dies abans d'aquest últim fet, arribaren a Torres de Segre Bayo, Voltor, Escolà, Torrell i Tónico (fadrí de prop de Cervera). Quan anaven a sopar a l'hostal, baixant pel carrer Major, una mica abans de la carnisseria els sortí un home de davall del porxo de la plaça i els va disparar un tir de pedrenyal. Li van respondre de la mateixa manera i el van fer caure a terra malferit. Aquest ensurt els va obligar a retornar pel mateix camí per on havien vingut, però ara amb Torrell,

Tónico i Voltor ferits. Es van dirigir a la pleta de les cabres del marquès d'Aitona, on un pastor va anar a buscar el barber d'aquesta població. Arribà l'endemà a mig dia muntat en un rossi blanc. Era un home gran i gros que pel seu aspecte els va semblar que era francès. Després de fer-los la primera cura, van marxar cap a Mequinensa, on el barber de la població els va curar a casa seva durant uns quinze dies. Després es van assabentar que l'home que els va disparar a Torres de Segre era Miquel Monfar de Sarroca, que anava amb Pai Cathalà i que va morir al cap d'uns dies d'haver-lo ferit.

Tres successos més

Joan de Cárdenas, aprenent de sastre de la ciutat de Múrcia, s'aturà a Lleida quan anava a la Verge de Montserrat a fer un vot per la malaltia que acabava de passar i de la qual encara n'estava convalescent. El 27 de gener, trobant-se l'almodí vestit de negre amb cabeç pla i unes mitges de color terrós, va posar la mà a la *faltriquera* d'un foraster i li va prendre un mocador ple de diners. El veguer, dos paers i els prohoms de ventura, entre els quals es trobava el cirurgià Joan Serdà, el condemnaren a rebre 100 assots pels llocs acostumats i 10 més a l'almodí, on també seria marcat. Després, el van desterrar de la ciutat, llocs i termes de la contribució durant cinc anys. En el cas de ser trobat, se'l condemnaria a galeres, a remar durant tres anys (13). Entre les 4 i les 5 de la matinada del 20 de maig, el majordom de la torre del metge Macià Sabata, Magí Preixens, va veure un home armat vestit amb una capa de pastor fumejada que forcejava la porta de la torre. Magí el va agafar secretament per darrere i li va clavar una punyalada. Al mateix temps, van aparèixer de darrere del corral dos homes més armats amb pedrenyals i vestits amb capes pintades. Li van travessar els balons amb un tret, el van perseguir i li van pegar dues estocades amb les espases. Malgrat tot, aconseguí fugir fins a la ciutat (14).

Macià Sabata, de nissaga de metges, era catedràtic de Prima de la Universitat i va morir sobtadament el 12 d'octubre de 1622. El 17 de maig va entrar un home a casa del notari i escrivà major de la Paeria, Jeroni

Roig, però en sentir-se descobert no va poder robar res. Va fugir per les teulades. La criada de la casa va veure els fets i el pagès Antoni Castaneda del carrer de la Creu (parròquia de Magdalena), que havia anat a casa del metge Miquel Joan Domènech del carrer de Baix, des de les golfes va veure un home que fugia per la teulada. Li va disparar amb la xispa o pedrenyal que portava però no el va tocar (15).

Carta del rei Felip III

AML (Arxiu Municipal de Lleida). Fons municipal. Llibre de Consells Generals. 1605. Reg. 435, foli 25v. "Amados y fieles nuestros ayer vienes entre las nueve y las diez horas de la noche fue nuestro Sr. servido alumbrar a la Sra. Reyna mi muy chara y muy amada muger de un hijo varon y siendo el contentamiento que dello nos queda tan grande como es razon, y sabiendo la parte que como tan buenos y fieles vasallos os ha de haber, por el beneficio grande que speramos ha de resultar a todos nuestros Reynos y Señorios, no avemos querido dexar de avisarlos con esta, y de como dicha Sra. Reyna y Principe quedan buenos, y encargaros que dandole con Processiones solemnes, y devotas oraciones, infinitas gracias por ello y supplicandole los guarde para su santo servicio, hagais juntamente las luminarias y alegrías que se acostumbra y deven, para que desta manera su divina Magestad de cuya mano procede todo el bien sea glorificado y el pueblo regosijado, que en ello recibiremos muy avepto placer y servicio. Datus en Valladolid a nueve de abril MDCV. El Rey."

NOTES

- (1) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: "Aspectes Sanitaris de l'Arxiu de Sant Joan de Lleida. Segle XVII". Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona. Lleida, 1983.
- (2) AML. Fons Municipal. Llibre de Consells Generals. 1605. Reg. 435, folis 25v. i 26v. Reg. 436, foli 3v.
- (3) AML. Reg. 834, folis 36-38.
- (4) AML. Reg. 833, folis 209-213v.
- (5) AML. Reg. 834, folis 17-25v.
- (6) AML. Reg. 834, folis 178-185.
- (7) AML. Reg. 834, folis 187-192.
- (8) AML. Reg. 834, folis 59-60.
- (9) AML. Reg. 834, folis 49-53v.
- (10) AML. Reg. 834, folis 112v.-129.
- (11) AML. Reg. 834, folis 147-178.
- (12) CEPEDA ADÁN, J.: *Historia de España* (Menéndez Pidal). Vol. XXVI, I, 613.
- (13) AML. Reg. 833, foli 215.
- (14) AML. Reg. 834, folis 144-145.
- (15) AML. Reg. 834, folis 136-138.

Nutrición en pacientes con enfermedades neurológicas: Alzheimer y otras demencias

La demencia es un síndrome orgánico adquirido caracterizado por una pérdida global y progresiva de la función cognitiva que ocasiona una disminución de la memoria, tanto reciente como retrógrada, junto a otros déficits como alteraciones del juicio, de la coordinación, de la planificación, del habla, de la escritura y del cálculo. Todo ello conlleva una incapacidad funcional progresiva tanto en el ámbito social como laboral. Las causas más frecuentes son las asociadas a enfermedades crónicas neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras.

Dr. Ángel Rodríguez Pozo · Profesor titular de Medicina. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida

La EA es la forma de demencia más común en el mundo industrializado que afecta a personas mayores, suponiendo un 6-8% de mayores de 65 años y hasta un 30% de mayores de 85 años. Se caracteriza por una pérdida de sinapsis y muerte neuronal, con presencia de ovillos neurofibrilares y depósitos de amiloide en forma de placas y en las paredes vasculares. Estas lesiones afectan de forma irregular a áreas corticales esenciales para la memoria y funciones intelectuales.

Fisiopatología

Los pacientes con EA comienzan inicialmente con una afectación de la conciencia a corto plazo y fallos de atención que siguen, posteriormente, con afectación de otras habilidades cognitivas como el lenguaje, el pensamiento abstracto, el juicio crítico y el reconocimiento de lugares y personas. En estadios avanzados, evolucionan hacia la disminución progresiva de la motilidad y entran en una situación de mutismo y desconexión total de su entorno con incapacidad de controlar sus funciones fisiológicas más simples.

Aspectos nutricionales

En estrecha relación con el deterioro cognitivo, los pacientes con EA presentan alteraciones de la conducta alimentaria que conducen a la

disminución de la ingesta y, en consecuencia, pierden progresivamente peso y evolucionan hacia una desnutrición severa. En la tabla adjunta (tabla 1) se recogen los problemas nutricionales más frecuentes y las causas que los provocan.

Además de estas causas comunes de desnutrición, los pacientes con EA suelen presentar, con cierta frecuencia, déficits de los siguientes micronutrientes:

- Déficit de ácido fólico y vitamina B12 asociados a concentraciones elevadas de homocisteína que pueden gravar el daño cerebral.
- Fracturas frecuentes de cadera debidas a osteoporosis por privación de sol y falta de vitamina D y calcio.

Tabla 1. Problemas nutricionales en pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

CAUSAS	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Depresión y ansiedad	Disminución del apetito Rechazo de los alimentos	Disminución de la ingesta
Pérdida de memoria	Descuido de los horarios de las comidas Olvido frecuente de las tomas de alimentos Elección repetitiva de los mismos alimentos	Disminución de la ingesta Alimentación monótona
Falta de atención	Fatiga rápida al comer Tomas incompletas	Disminución de la ingesta
Alteración de la coordinación motora (apraxia)	Dificultad para utilizar los cubiertos y otros objetos	Disminución de la ingesta Problemas de masticación y deglución
Dificultad para reconocer objetos (agnosia)	Inatención y dificultad para reconocer los alimentos	Disminución de la ingesta
Cambios del olfato y del gusto	Alteración de la percepción de los sabores y de los olores Disminución de la salivación	Rechazo de los alimentos
Inquietud y agitación	Deambulación errática constante	Aumento del gasto energético (entre 600-1.600 kcal/día)
Infecciones intercurrentes	Aumento del consumo	Aumento de las demandas nutricionales

- Déficit de nutrientes antioxidantes (especialmente vitaminas E y C), que potencia el daño oxidante de la enfermedad.

Tratamiento nutricional

Las recomendaciones nutricionales en pacientes con demencia tenderán a asegurar una ingesta calórica correcta en función de la actividad y un aporte proteico y de otros nutrientes suficiente que prevengan la pérdida de peso y la malnutrición que pueden alcanzar, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad.

La alimentación oral completa es factible en etapas no muy avanzadas, pero en etapas posteriores pueden darse problemas que limitan en mayor o menor proporción la alimentación oral y puede llegar a ser necesaria la suplementación oral de la dieta (tabla 2). En etapas ya graves y muy avanzadas, cuando la ingesta oral sea del todo insuficiente habrá de recurrirse a la nutrición enteral por sonda.

En la alimentación oral del paciente con demencia tendrán que tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Controlar el aporte energético, utilizando alimentos de alta densidad nutricional. El aporte energético estará en función de su actividad física.
Pacientes con poca actividad: 25-30 kcal/kg/día
Pacientes con deambulación errática: 30-35 kcal/kg/día
 - La distribución recomendada de calorías será: carbohidratos 50-55% y grasas 30-35%.
 - Asegurar la ingesta de proteínas: rango recomendado de 1-1,1 g de proteínas/kg/día.
- Además, debe recordarse que puede haber déficits nutricionales específicos (proteínas, vitaminas, minerales, etc.) que pueden poten-

Tabla 2. Situaciones comunes en pacientes con demencia que requieren la utilización de suplementos dietéticos

PROBLEMAS	SOLUCIONES
• Cuando hay problemas de masticación	Suplementos de purés/natillas enriquecidos con proteínas, vitaminas y minerales: • Resource® Puré • Resource® Cereales Instant • Resource® Compota de Frutas
• Cuando hay disfagia	Modificar la consistencia de los líquidos: • Resource® Espesante
• Cuando hay alteraciones del apetito • Cuando hay problemas de ingesta • Cuando hay problemas de deglución • Cuando existe confusión en la elección de las comidas • En las infecciones intercurrentes	Suplementos nutricionales tipo: • Resource® 2.0 • Resource® Energy • Pentaplus® • Ensure® Plus HN • Dietgrif® Pudding • Meritene® Complet

ciar la aparición de complicaciones asociadas (úlceras por presión o infecciones recurrentes) o empeorar las alteraciones del comportamien-

to. Por ello, en estas situaciones, es necesario asegurar y aumentar el aporte de nutrientes específicos (tabla 3).

BIBLIOGRAFÍA

Finley, B. "Nutritional needs of the person with Alzheimer's disease. Practical approaches to quality care". *J Am Diet Assoc* 1997; 97 (supl. 2): S177-S180.

Burns, B.; Carr-Davis, E.M. (1998): "Atención nutricional en enfermedades del sistema nervioso". En: *Nutrición y dietoterapia*. Krause, Mahan & Escote-Stump. Ed. McGraw-Hill Interamericana: México.

Wolf-Klein, G.P.; Silverstone, F.A.;

Lansey, S.C. et al. "Energy requirements in Alzheimer's disease patients". *Nutrition*, 1995;11:264-8.

De Cos, A.I.; Gómez Candela, C.: "Recomendaciones nutricionales en la enfermedad de Parkinson". En: *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Ed.: León, M.; Celaya, S. (2001): Novartis Consumer Health: Barcelona.

Gil Gregorio, P. (2003): "Nutrición y demencia". En: *Manual de práctica clínica de nutrición en geriatría*. Ed: P. Gil y C. Gómez Candela. Nutricia. You & Us, SA: Madrid.

Tabla 3. Consideraciones nutricionales específicas en pacientes con enfermedad de Alzheimer

ALTERACIONES ASOCIADAS	ASEGURAR APOORTE	ALIMENTOS ACONSEJADOS
Demencia, pérdida grave de memoria, alteraciones graves del comportamiento	• Ácido fólico • Vitamina del grupo B	• Carne, hígado, guisantes, espinacas, espárragos • Carne, huevos, vísceras, pescado azul, frutos secos, legumbres, cereales
Úlceras por presión	• Proteínas • Zinc • Vitamina C	• Carne, pescado, huevos, lácteos • Carne, hígado, huevos, ostras, lácteos, cereales integrales • Naranja, limón, kiwi, pomelo, verduras
Infecciones recurrentes	• Proteínas • Zinc • Vitamina E y otros antioxidantes	• Carne, pescado, huevos, lácteos • Carne, hígado, huevos, ostras, lácteos, cereales integrales • Aceites vegetales, huevos, frutos secos
Disfagia	• Modificar la consistencia de los alimentos, especialmente los líquidos y los sólidos (se toleran mejor los semisólidos) • Utilizar espesantes alimentarios (Resource® Espesante) • Vigilar la temperatura, el razonamiento y la distribución de los alimentos a lo largo del día.	

Reflexió sobre la utilització dels antidepressius ISRS en nens i adolescents

Dr. Àngel Pedra Camats · *Coordinador dels Serveis Hospitalaris de Psiquiatria Infantojuvenil de l'Hospital de Santa Maria de Lleida*

Els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) es van introduir els anys vuitanta. Entre el 1985 i el 1994, el consum d'antidepressius es va triplicar a Espanya (va haver-hi un increment del consum d'un 70%). Aquest augment va comportar un increment de la despesa. Així, l'any 2003 la sertralina va suposar una despesa de 37 milions d'euros i la paroxetina de 50 milions. Xifres que suposen un augment del 17% i del 8% respecte a l'any 2002. Tot i que a Espanya els ISRS no tenen aprovada la indicació de tractament en nens i adolescents, segons dades proporcionades pel Servei Català de Salut, a Catalunya, durant l'any 2003, es van dispensar ISRS a més de 7.000 pacients menors de 18 anys.

Unes xifres similars a les registrades al Regne Unit, on es calcula que entre 7.000 i 8.000 adolescents van rebre ISRS, i a Itàlia, on es van dispensar a uns 9.000 nois i noies. El

mes de juny del 2003, l'agència britànica del medicament, després de revisar la relació benefici/risc de tots els ISRS, en els casos del tractament de la depressió en menors de 18 anys va considerar que era desfavorable i se'n va contraindicar l'ús, a excepció de la fluoxetina.

En el darrer any, les autoritats sanitàries dels Estats Units també han alertat que aquests antidepressius poden augmentar el risc d'ideació i conducta suïcida en menors de 18 anys. Aquestes afirmacions es basen en la revisió d'onze assaigs clínics que suggerien que el consum d'ISRS en adolescents amb depressió major incrementava, comparat amb d'altres que havien pres placebo, de l'1,5% al 2% el risc d'ideació suïcida, malgrat que en cap cas es va arribar al suïcidi consumat.

El suïcidi en la població infantil i juvenil és la tercera causa de mort en els països

desenvolupats, després dels accidents i del càncer. Una de les causes principals del suïcidi és la depressió, malaltia que afecta entre un 2% i 6% dels nens i adolescents. El president de l'Associació Espanyola de Psiquiatria Infantojuvenil, José Luis Alcázar, afirma que els estudis que han portat a terme aquesta decisió en els països anglosaxons no són estadísticament significatius i el seu disseny no és correcte.

Per una altra banda, un treball publicat a la revista JAMA, l'agost del 2004, presentava un estudi de 439 pacients de 12 a 17 anys amb diagnòstic de depressió major. En aquest estudi es van establir quatre grups: en el primer, els pacients van rebre fluoxetina; en el segon, psicoteràpia; en el tercer, psicoteràpia i fluoxetina, i en el quart, psicoteràpia i placebo. Després de 12 setmanes de seguiment, el major nombre de millores va ser en el tercer grup, amb un 71%, davant del 60% tractats amb ISRS.

No hi ha depressió amb major risc de suïcidi que la que no està controlada. En aquests moments, els menors són un grup orfe a l'hora d'administrar un tractament amb antidepressius, tot i que aquests medicaments s'utilitzen des de fa més de 20 anys en nens i adolescents, amb resultats molt favorables i sense detectar risc d'ideació ni conducta suïcida. L'Administració, mitjançant el decret 223/2004, obliga la indústria farmacèutica a facilitar els resultats, tant si són positius com negatius, dels estudis dels assaigs clínics autoritzats, amb esment al Comitè Ètic d'Investigació Clínica que va aprovar l'estudi.



un donatiu



un soci

Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de **medicus mundi**. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de **medicus mundi**.

Fes-te soci. Faràs bé



C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 0200065471

Nom.....
Cognoms.....
D.N.I.....
Telèfon.....
Adreça.....
Població..... C.P.....
Entitat Bancària

Destiyo col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:
25.000 mensual
10.000 trimestral
5.000 semestral
..... anual
FIRMA: _____



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

902 200 200
www.adeslas.es

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



jubilació

Plans Integrals
d'Alta Rendibilitat

Medicins

MutualMédica

Dels Metges i
per als Metges

Una composició
exclusiva per a
cada metge

Trieu la vostra



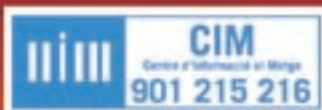
**pla de
jubilació**

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte propi.



**pla de previsió
assegurat mutual**

Dirigit a metges que exerceixen
la seva activitat per compte d'altri.



www.mutualmedica.com
infomutual@mutualmedica.com