

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 57 · Març de 2006



HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA

Realitats i projectes de l'àrea mèdica



**hospital universitari
arnau de vilanova**

Préstec Hipotecari



AMORTITZACIÓ
0%
I CANCEL·LACIÓ

Benvingut a la seva nova llar

Pot escollir el tipus de Préstec Hipotecari per finançar la compra o rehabilitació del seu **habitatge** o la seva **consulta** que més s'ajusti a les seves necessitats.

■ Si vol un Préstec Hipotecari que s'adapti perfectament a les variacions del mercat financer voldrà una **HIPOTECA DE TIPUS VARIABLE**:

- Podrà escollir entre dos índexs de referència: l'EURIBOR i l'MHCE (Index de Mercat Hipotecari) amb revisió anual.
- **Sense Comissions** per amortització anticipada parcial o total.
- Amb la possibilitat de **Modificar els Terminis i Ajornar les Quotes***.

■ Si vol estar tranquil i mantenir la mateixa quota durant tota la vida del Préstec Hipotecari voldrà una **HIPOTECA DE TIPUS FIX**.

I si ja té una hipoteca... Informi's dels avantatges que ofereix MED i, si decideix canviar-la, **li facilitarem els tràmits**. Consultí'ns les condicions d'aquest producte financer i els nostres assessors l'ajudaran a trobar l'opció més adient per resoldre el seu cas particular.

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

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

SECCIÓ ADMINISTRATIVA, S.A.U NIF A-58489758

*Les opcions d'ajornament i modificació del termini s'han d'exercir en mesos diferents.

BUTLLETÍ mèdic

Número 57, març de 2006

Edició:

Col·legi Oficial de Metges
de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 270 811
Fax: 973 271 141
e-mail: comll@comll.es
<http://www.comll.es>
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Emilià Astudillo Domènech
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 Paraderó
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 Víñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:

Baldo Corderou

Correcció: Dolors Pont

Publicitat: COML

Impressió: Artràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1

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

OPCIÓ 2

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

OPCIÓ 3

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

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

Les condicions laborals dels metges i metgesses de la sanitat pública

Les condicions laborals dels metges i metgesses de la sanitat pública de Catalunya han empitjorat any rere any fins a fer-se insostenibles. La degradació ha arribat a la majoria dels centres sanitaris com a conseqüència de la manca de planificació davant l'increment poblacional i la desinversió que dura des de fa dues dècades. L'empitjorament de les condicions de treball ha provocat un desencís en els metges de família, que conviven amb una assignació excessiva d'usuaris per metge, fet que ha massificat les consultes i ha repercutit negativament en la qualitat assistencial i docent.

Els metges tenim la sensació que som considerats mecanics que cargolem claus i totes les nostres hores de treball estan dedicades a tasques assistencials, de manera que renunciem a les altres activitats recollides també a la reforma de l'atenció primària com són la docència, la recerca, les activitats comunitàries, preventives i de promoció de la salut... A més, cal tenir en compte que la retribució per hora d'atenció continuada és indigna.



La degradació de les condicions laborals també ha arribat als hospitals, on els professionals fan guàrdies extenuants, mal retribuïdes i, fins i tot, en alguns casos se salten les normatives europees que estableixen el nombre d'hores per necessitats del servei. Tot això, impedeix compaginar la vida familiar i la laboral. A més, ja fa temps que sentim el mateix discurs: no trobem metges, ho estem arreglant...

Aquest fets provoquen una convocatòria de vaga de metges. Però cal destacar que aquesta situació s'arrosegua des de fa molts anys. La solució no passa per convocar unilateralment i a corre-cuita una vaga de metges, ni utilitzar el desencís i la insatisfacció del col·lectiu de forma sospitosament demagògica, ni ficar en un mateix sac coses tan diferents com són la defensa d'una sanitat pública de qualitat i el manteniment d'unes condicions laborals anacròniques.

Som conscients que, des de la Conselleria de Salut, s'estan buscant solucions, però el procediment és massa lent. No hi ha res més trist que veure companys d'una gran vàlua professional, que sempre han defensat la sanitat pública, desmotivats i destrossats professionalment per la degradació de les seves condicions de treball.

Els problemes del Departament de Salut català són tan seriosos que necessiten accions unitàries en què s'impliquin la majoria dels sindicats, societats científiques, col·legis de metges i altres organitzacions professionals. Així doncs, s'han de deixar de banda les accions unilaterals, sovint estèrils, que disminueixen, encara més, la de per si mateixa escassa participació dels metges en accions reivindicatives.

Fotografia portada: ARXIU GABINET DE COMUNICACIÓ I IMATGE DE L'HUAV



El doctor Astudillo, acompañat, entre d'altres, pel rector de la Udl, Joan Viñas (Foto: Albert Astudillo)

El doctor Emilio Astudillo presenta el seu llibre 'Entre l'èxit i el desencís'

El doctor Emilio Astudillo va presentar en societat el seu llibre *'Entre l'èxit i el desencís. Els primers setanta anys d'una vida d'esforç'*. Nombroses personalitats del món polític, com l'alcalde de Lleida, Àngel Ros, i el president

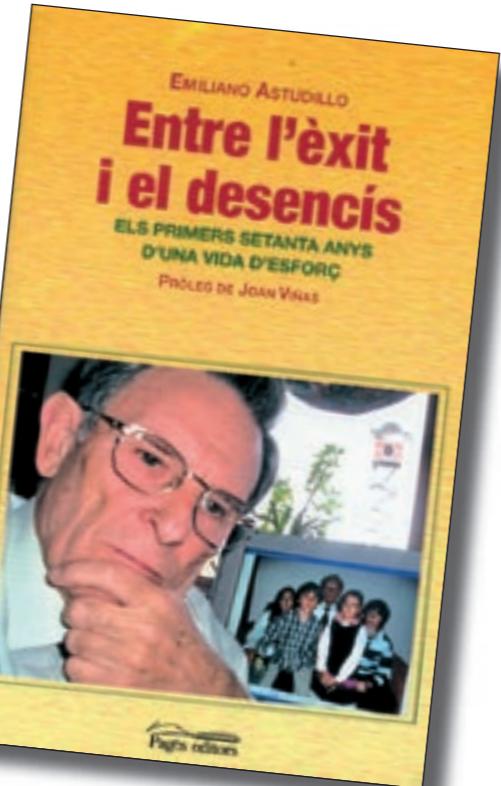
de la Diputació de Lleida, Isidre Gavín, i companys de professió del doctor Astudillo van acudir a la presentació. El rector de la Universitat de Lleida, Joan Viñas, i el filòleg Sebastià Serrano van presentar l'obra, juntament

amb l'autor, a tots els assistents.

L'obra recull, a través de les confidències del doctor Astudillo, una part molt important de la vida social, econòmica, cultural i política de Lleida dels darrers quaranta-cinc anys. Repassa els anys del doctor al capdavant de l'Hotel Condes de Urgel, així com les seves vivències en política o en el món de la medicina.

Uns inicis diferents

Emilio Astudillo, al complir els setanta anys, fa una mirada enrere per recopilar el que ha estat la seva vida. Llitador nat i fill únic d'una família amb escassos mitjans econòmics, als deu anys veu frustrada la seva il·lusió de futur de ser metge i es prepara per a altres camins. Inicia la seva vida laboral als catorze anys, però no es



conforma amb el que té i lluita aferrissadament per aconseguir metes més altes.

Però la inquietud dels seus somnis de la infància es revifa al poder accedir a la universitat a través de les proves als majors de 25 anys. Als 36 anys, comença la carrera de Medicina, als 42, l'acaba i exerceix com a metge durant sis anys. Des d'aleshores, va assumir la direcció de diferents hospitals i centres sanitaris i, finalment, torna a Lleida. Al llarg de la seva vida s'ha dedicat a tasques de voluntariat per donar suport i atenció als més vulnerables.

L'obra d'Emilio Astudillo, amb centenars de noms i cognoms, és un retrat de la Lleida del nostre temps i, alhora, un exercici de sinceritat de l'autor, que explica la seva vida personal i professional a l'obra.



Nombroses personalitats de Lleida van assistir a la presentació (Foto: Albert Astudillo)



VI Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

Dr. Jacint Cabau · Cap de Servei de Cardiologia de l'Hospital de Santa Maria

L'Aula Magna del campus de Ciències de la Salut va acollir, el 25 de febrer, la VI Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular, organitzada per l'Hospital de Santa Maria. Al voltant de 160 professionals sanitaris van assistir al fòrum sobre les malalties cardiovasculars i la seva prevenció. El director dels Serveis Territorials de Salut, Sebastià Barranco, va inaugurar la jornada, que va comptar amb diversos tallers:

a) Casos clínics. El doctor Carles Roca, de l'àrea rural nord; el doctor Joan Bargés, de l'àrea de Balaguer, i el doctor Oscar Sacristán, de l'Hospital de Santa Maria, van presentar els casos i van discutir sobre els protocols d'actuació sobre HTA i síndrome metabòlic.

b) Prediabetis. El doctor Manel Pena i el doctor David Bartolomé van analitzar la importància dels estats preclínics de la diabetis i de la prevenció (dieta i activitat física).

c) Tabaquisme. El doctor Francesc Abella i la doctora Cristina Tribó van presentar el taller i, d'una forma molt pràctica, van explicar la seva feina diària en la deshabituació tabàquica.

d) Obesitat. Les doctores Puy Rubio i Maria Franch van exposar la importància de l'obesitat com a factor de risc vascular. A més, van explicar la importància del control dietètic i de la seva valoració en la pràctica diària.

La segona part del fòrum va iniciar-se amb la presentació oral dels pòsters participants en la jornada. El guanyador

va ser el cartell presentat per la doctora M.ª Isabel Chacón i col·laboradors, de l'ABS de Bellpuig i del Pla d'Urgell, amb el títol *Prevalença de prediabetis en la població general de la província de Lleida*. Posteriorment, el doctor Jacint Cabau va moderar una taula rodona que va tractar l'abordatge del pacient hipertens sever. Un dels participants a la taula va ser el doctor Pedro Armario, que va informar els assistents dels paràmetres que s'han d'utilitzar per estratificar el pacient hipertens sever:

- L'estudi amb ECG està infravalorat en la pràctica diària i és una eina molt vàlida per diagnosticar la hipertròfia ventricular.

- L'estudi ecocardiogràfic és de difícil accés en la pràctica diària i cal tenir clars els motius de derivació per definir la cardiopatia hipertensiva i per valorar la disfunció diastòlica d'alta prevalència en aquests pacients.

- La microalbuminúria està considerada com un factor de risc cardiovascular independent i està relacionada amb més comorbiditat cardiovascular.

- La malaltia renal crònica es diagnostica per la determinació del filtratge glomerular, un sistema més eficaç que els valors de creatinina. Pot fer-se per la fórmula de Cockcroft-Gault: $140 - \text{edad} \times \text{pes (kg)} / 72 \times \text{creatinina plasmàtica en mg/dl}$, el cas de les dones s'ha de multiplicar per 0,85.

- L'índex turmell-braç s'utilitza per al diagnòstic de la malaltia vascular

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



El director dels Serveis Territorials de Salut, Sebastià Barranco, va inaugurar la jornada

perifèrica.

- El gruix íntima-mitjana de la caròtida està relacionat amb la presència d'esdeveniments cardiovasculars i s'utilitza en treballs experimentals.

El maneig del malalt hipertens

D'altra banda, la doctora Carmen Suárez va informar sobre el maneig del malalt hipertens a Espanya. La doctora va constatar la dificultat de l'aplicació de les guies d'actuació en el malalt cardiovascular a causa del seu desconeixement, complexitat i pressió assistencial.

Segons la doctora, moltes vegades falta claredat en els objectius de control, fet que ocasiona que els pacients de més risc reben el pitjor tractament, amb menys prescripció de les estatinas, betabloquejants i antiagregants plaquetaris, fàrmacs que han demostrat la seva efectivitat en prevenció secundària. La doctora Suárez va explicar que, respecte al control de la PA del pacient que va a la consulta, el 84% de metges d'assistència primària no modifiquen el tractament i el 51% dels metges d'units especials sí que ho fan, malgrat objectivar xifres elevades de PA. A més, en el 50% dels pacients es realitza l'estatificació del risc cardiovascular, una



Els assistents a la jornada van gaudir d'un dinar després del fòrum

xifra molt baixa. Finalment, el Servei de Medicina de l'Hospital Universitari de la Princesa de Madrid va presentar el projecte MIRVAS.

Aquest projecte analitza els casos de pacients amb prevenció secundària, un grup de control que segueix el camí habitual i un grup d'actuació especial amb un seguiment continu, en què infermeria té un paper molt important. Després d'un any, s'observa una millora en el control de la HTA, del perfil lipídic, de la diabetis i de l'activitat física, així com de la morbiditat, i s'espera

que, d'aquí a dos anys, el descens de la mortalitat sigui significatiu en el grup d'intervenció. El projecte conclou que infermeria té un paper molt important en l'educació del malalt, en la valoració del compliment terapèutic i en el control dels factors de risc cardiovascular. A més, també indica que l'activitat mèdica marcadament uns objectius pot ser una nova estratègia per millorar el treball diari. Gràcies a aquests estudis es descobreixen noves evidències per millorar el control i el tractament del malalt amb patologia vascular.

Els séniors visiten la Festa de les Flors de Girona

La secció de metges jubilats del Col·legi de Metges de Lleida ha organitzat una excursió a la Festa de les Flors de Girona per als dies 15,

16 i 17 de maig. Els séniors sortiran de Lleida el dia 15 a les 08.00 hores i durant el matí visitaran els banys àrabs, Sant Nicolau, Sant Pere Galligants, la capella de Sant Lluc, el Barri Jueu i la Catedral. A la tarda, aniran a Platja d'Aro, on soparan i gaudiran d'un ball amb música en viu.

L'endemà, el programa de l'excursió inclou la visita a Banyoles, Besalú, Castellfollit de la Roca, Olot i Figueres. Ja a la tarda, visitaran Roses i Empuriabrava en vaixell. Cap

al vespre, està previst que els séniors tornin a Platja d'Aro. L'últim dia, visitaran l'Escala, on degustaran les tradicionals anoves, Castell d'Aro i el Museu de les Nines. Finalment, coneixeran els llocs més emblemàtics de Sant Feliu de Guíxols i Vidreres. A continuació, marxaran cap a Lleida.

Tots els que estiguin interessats a visitar Girona poden inscriure's a Viatges Aeromon, al carrer Prat de la Riba, número 63, de Lleida. El telèfon de l'agència és 973 725 412.

Acords de la junta de govern del Col·legi de Metges de Lleida

La Junta de govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), en les sessions ordinàries de l'1 de febrer i l'1 de març de 2006, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Creació del registre col·legial de contractes de prestació de serveis celebrat entre els col·legiats i les diferents entitats d'assegurança lliure.

- Pròrroga per un any més del contracte de prestació de serveis d'assessoria jurídica amb el despatx Simeó Miquel Advocats Associats.

- Canvi d'ubicació de la Secretaria Operativa del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya a la seu de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears a Barcelona.

Moviment de col·legiats

ALTES

Marta Panadés Siurana, Javier Martínez Redondo, Esther Legido Chamorro, Ernesto Moliner Calderón, Miguel Ángel Castellano del Castillo, Rubén Darío Muñoz Montastruc, Cristina Enjuanes Grau, José Juan Calvo Vera, Luz Ángela Benavides Vásquez i María Loreto Fernández Lorente.

BAIXES

Mes de gener, 2 i mes de febrer, 3.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic: Santiago Torres Romaña.

ESPECIALITATS DE L'HUAV

Àrea mèdica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova: cardiologia, medicina interna, pneumologia i oncologia

Introducció: doctora Elvira Fernández

Servei de Cardiologia: doctor Fernando Worner

Servei de Medicina Interna: doctor José Manuel Porcel

Servei de Pneumologia: doctor Ferran Barbé

Servei d'Oncologia: doctor Antoni Llombart

Butlletí Mèdic amb la voluntat d'informar els col·legiats i col·legiades, ha convidat els responsables de les diferents especialitats de l'HUAV a explicar els recursos que hi ha al nostre abast i el seu programa de treball.

Nueva etapa del área médica del HUAV: realidades y proyectos

Dra. Elvira Fernández Giráldez · Coordinadora de especialidades médicas

El Hospital Universitario Arnau de Vilanova ha iniciado una nueva etapa, que queremos y debemos explicar a los principales beneficiarios, que son los profesionales de todos los ámbitos y sobre todo los ciudadanos.

El año 2005 ha estado marcado fundamentalmente por la reestructuración, renovación y consolidación del área de especialidades médicas.

Nuestros objetivos prioritarios son:

- Mejorar la atención del paciente en el Área de Urgencias. Hemos puesto en marcha una serie de acciones con este fin. Entre ellas destacaría la implicación del resto de los servicios del hospital para evitar la estancia prolongada de los pacientes en el Área de Urgencias.

El futuro edificio de urgencias contribuirá a mejorar la confortabilidad y la dinámica del flujo de pacientes.

Somos conscientes de que quedan muchos aspectos para resolver, el más importante, lograr una plantilla de urgencias altamente cualificada. Este punto pasa necesariamente por la estabilidad laboral de sus médicos.

- Desarrollar desde el punto de vista cuantitativo y de calidad las especialidades médicas.

En algunas especialidades hemos consolidado, como líderes, profesionales con una larga trayectoria en nuestro hospital (medicina interna, neurología, digestivo, dermatología) y en otras (cardiología, neumología, oncología) hemos incorporado profesionales de prestigio con perfil asistencial e investigador.

Hemos iniciado una renovación tecnológica en aspectos que o bien eran inexistentes o estaban obsoletos en nuestro hospital: acelerador lineal, hemodinámica, TAC de última generación...

- Estamos estableciendo mecanismos para abrir las puertas del hospital hacia:

- ◆ La atención primaria (consultorías, correo electrónico, protocolos consensuados, unidades funcionales

como la de hipertensión arterial y riesgo vascular...).

- ◆ La coordinación con el Hospital de Santa María, mediante el establecimiento de unidades funcionales en las diferentes especialidades con un coordinador común.
- ◆ Los hospitales comarcas y áreas más alejadas geográficamente, incluyendo la utilización de nuevas tecnologías como la telemedicina. En este aspecto, la Sección de Dermatología tiene ya un programa desarrollado en el que se está trabajando para que sea plenamente utilizado.

Somos conscientes de que queda mucho camino por recorrer, pero existen ya realidades que debemos dar a conocer. En los últimos meses se han introducido acciones que ya están permitiendo que la población con patologías prevalentes graves reciba mejor atención médica:

1. La puesta en funcionamiento de una Unidad de Ictus, monitorizada, que permitirá realizar fibrinolisis por el propio especialista en neurología.

2. Un potente Servicio de Cardiología, desde el punto de vista profesional, estructural y tecnológico, que permite ya un mejor tratamiento de los pacientes con cardiopatía.

3. La puesta en marcha de las consultas de diagnóstico rápido y de atención inmediata, consultas preferentes en las diferentes especialidades, junto con el descenso en un 45% en las listas de espera, permitirá diagnosticar antes y mejor y en ocasiones evitar un ingreso.

4. La puesta en marcha del plan de diagnóstico rápido del cáncer junto con la posibilidad de realizar el tratamiento de quimioterapia y radioterapia con las mayores garantías posibles y evitando desplazamientos a Barcelona.

A continuación, los nuevos jefes de servicio explicarán sus realidades y sus proyectos.



Imatge de l'equip de professionals del Servei de Cardiologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Caps de secció: Dr. Jaume Roca i Dr. Adrián Beloscar.

Metges adjunts: Dr. Manel Piqué, Dr. Agustí Ardiaca, Dra. Dolors Viles, Dr. Salvador Díez-Aja, Dr. Juan Casanova, Dr. Adolfo Casasús, Dra. Berta Daga i Dr. Javier Fernández.

Hospital de Santa Maria

Cap de servei: Dr. Cinto Cabau.

Metges adjunts: Dr. Jordi Tomás i Dra. Eva Pueyo.

L'any 2005 es van establir els fonaments del nou Servei de Cardiologia de l'HUAV. S'ha format un equip

molt compensat de professionals, que cobreixen el coneixement de les diferents àrees de cardiologia i equilibren molt bé joventut i experiència. S'han millorat tots els índexs assistencials d'activitat hospitalària, així com les illes d'espera, tant de la consulta externa de cardiologia de l'hospital com de les exploracions complementàries. A més a més, hem aprofitat aquest temps per reciclar-nos, organitzar-nos i preparar-nos per afrontar el que ha de venir. Una vegada consolidats els fonaments i ajustats els índexs hospitalaris bàsics d'assistència, el més important encara ha de venir, i aquestes són les principals línies estratègiques del servei per a l'any 2006:

Àrea assistencial

- 1.- Projectes assistencials relacionats amb l'alta tecnologia que ens permeten una més ràpida i millor assistència al pacient cardiològic a curt termini:

- 1.A.- Obertura i posada en funcio-

nament de la Sala d'Hemodinàmica i Cardiologia Intervencionista (març 2006). Instal·lació de l'equip Siemens Axiom Artis dFC amb detector pla. Màxim nivell tecnològic en l'àmbit mundial i primer equip instal·lat a Espanya amb reconstrucció tridimensional de coronàries. Permetrà la realització, al nostre centre, de totes les coronariografies i revascularitzacions coronàries percutànies (uns 800 i 400 procediments/any, aproximadament) necessàries a la nostra àrea geogràfica, sense necessitat de traslladar cap malalt a Barcelona.

- 1.B.- Obertura i posada en funcionament de la Unitat d'Arítmies, Electrofisiologia i Marcapassos (març 2006).

- Centralització de la implantació de marcapassos a l'HUAV, amb la utilització d'un millor equip radiològic (Siemens Power Movil) i accés a l'electroestimulació d'última tecnologia.

- Reorganització de la consulta monogràfica de marcapassos.

- Obertura d'una consulta monogràfica d'arítmies i síncope.

- En els propers anys s'aniran assumint les altres activitats pròpies d'aquest tipus d'unitats (desfibrilladors implantables, resincronització cardíaca, estudis electrofisiològics complexos i ablaccions).

- 1.C.- Obertura i posada en funcionament d'una Unitat Coronària i Cures Especials Cardiològiques dependent del Servei de Cardiologia. Aquesta unitat, arquitectònicament de nova creació, constarà de sis habitacions individuals dotades de la màxima tecnologia per a les cures dels pacients

cardiològics crítics i de dues habitacions dobles per a cures intermèdies i monitorització postprocediments. Actualment, el projecte d'obra està acabat i adjudicat a una empresa constructora i s'espera l'entrada en funcionament de la unitat durant l'estiu del 2006.

- 1.D.- Implementació de la tècnica d'ecografia d'esforç i d'estrés farmacològic (ja en funcionament).

Tots aquests projectes van lligats a l'inici immediat d'una guàrdia de cardiologia de presència física a l'hospital, així com de l'elaboració (ja feta) d'uns protocols assistencials, que permeten una assistència més ràpida, homogènia i eficaç al malalt cardiològic agut.

- 2.- Projectes assistencials destinats a millorar la qualitat de l'assistència cardiològica, amb resultats a mig i llarg termini:

- 2.A.- Integració total amb els cardiollegs de l'Hospital de Santa Maria per optimitzar al màxim els recursos humans i tecnològics existents entre ambdós hospitals. El projecte preveu concentrar a l'HUAV la major part de malalts aguts i necessitats d'alta tecnologia, i a l'hospital de Santa Maria, les següents funcions:

- Hospitalització convencional tal com ara.

- Responsabilitat sobre l'assistència a la cardiologia primària als CAP de Tàrrega i Balaguer.

- Creació de la Unitat d'Insuficiència Cardiaca i Rehabilitació Cardiovascular.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Servei de Cardiología de l'HUAV

Dr. Fernando Worner

EQUIP DEL SERVEI DE CARDIOLOGIA

Cap de servei: Dr. Fernando Worner.

- Lloc i data de naixement: Madrid, 21 de novembre de 1958.

- Llicenciatura de Medicina i Cirurgia: Universitat Central de Barcelona. 1981.

- Doctor en Medicina: Universitat Autònoma de Barcelona, 1993. Qualifi-

cació d'apte cum laude per unanimitat i premi extraordinari de doctorat.

- Especialitat de cardiologia: a través del MIR durant els anys 1983-87 al Servei de Cardiología de l'Hospital General Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.

- Principals àrees de treball assistencial postespecialització en l'especialitat de cardiología:

- Hemodinàmica cardíaca als hospitals Vall d'Hebron (1988-91).

- General Universitari de Murcia (1991-92) i Hospital Universitari de Bellvitge (1997-2002).

- Unitat de Cures Intensives Cardiològiques a l'Hospital Universitari de Bellvitge (1992-2005).

- Altres activitats d'interès:

- Experiència en investigació bàsica.

- Mètodes de monitorització i suport a malalts cardiològics crítics (catetisme de Swan-Ganz, contrapulsació aòrtica i assistència ventricular).

- Maneig de la insuficiència cardíaca, infart agut de miocardi complicat i de la síndrome coronària aguda sense elevació del segment ST.

- Antiagregació plaquetària.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

- Participació en una part important de la nova Unitat Multidisciplinària de Prevenció Vascular, coordinada per la doctora Elvira Fernández.

- Creació d'una consulta monogràfica de síncope.

- Realització de totes les proves complementàries no invasives generades en les activitats mencionades.

2.B.- Des de l'HUAV es coordinarà tota l'assistència primària cardiològica de tota la província de Lleida, començant per les àrees bàsiques de Prat de la Riba, Tàrrega, Balaguer i Hospital de Tremp, i s'hi donarà suport. Es crearà un circuit específic de consulta d'alta resolució perquè als malalts que vinguin a la consulta des de les comarques del Pirineu se'ls facin les exploracions complementàries el mateix dia de la visita, amb l'objectiu de tancar tot el procés amb un sol desplaçament. Es treballa amb l'objectiu que l'assistència i les llistes d'espera a les àrees bàsiques de tota la província siguin totalment superposades a les que ja hem aconseguit a la consulta de l'HUAV. Es buscarà la complicitat i la màxima col·laboració mútua amb tots els metges de família de la província.

2.C.- S'està estudiant la possibilitat de donar suport a les consultes i urgències de les terres més llunyanes del Pirineu mitjançant la telemedicina, fent servir els avenços tecnològics més innovadors.

Àrea d'investigació

Ja estem involucrats en diferents projectes d'investigació:

- Dos estudis propis referents a l'antiagregació plaquetària (MAPAC i PAFA).

- Quatre assaigs clínics multicèntrics internacionals dirigits per líders o institucions del màxim prestigi mundial (MERLIN, BEAUTIFUL, IMPROVE-IT,

Principals dades d'activitat a l'HUAV

	2004	2005	VAR.
Estada mitjana hospitalària (dies)	6,8	6,2	-10%
Dies d'espera 1ª visita a C. Ext.	72	23	-68%
Nombre ecografies	2.112	3.045	+44%
Nombre ecografies transesofàgiques	15	50	+233%
Nombre d'ergometries	351	383	+9%
Nombre de Holters	342	375	+10%

CRESCENDO). Aquests estudis ens posen en contacte amb la cúpula de la investigació clínica a escala mundial.

- Coordinació del grup d'investigació MIRALL (Miocardi Isquèmic Ràpidament Assistit a Lleida).

- Esperem col·laborar amb l'equip de patologia del son del doctor Barbé.

- A més llarg termini, esperem col·laborar amb el laboratori de ciències bàsiques dirigit pel doctor Matías-Guiu i participar en una línia d'investigació bàsica cardiovascular.

Àrea de formació i docència

1.- Tenim un programa de sessions clíniques en què cada mes es convida un cardiòleg de fora de Lleida de prestigi reconegut.

2.- El Servei de Cardiologia participa en diversos cursos de formació continuada, la majoria organitzats pel mateix servei amb la col·laboració de la Universitat de Lleida. Alguns exemples són:

- Diploma de postgrau d'actualització a medicina, organitzat per la Universitat de Lleida i l'Institut Català de la Salut. Codirecció del mòdul de malalties del cor (40 hores, doctor Wörner) i participació en les xerrades i els tallers de diversos membres del servei. Es realitzà el quart trimestre de l'any 2005 i el primer trimestre de l'any 2006.

- Organització del curs Suport vital avançat (20 hores, doctor Piqué) a la Facultat de Medicina. Enguany se'n faran dues edicions.

- Organització del curs Suport bàsic amb instrumentalització de la via aèria i desfibrilació (10 hores, doctor Piqué) a la Facultat de Medicina. Enguany, se'n faran quatre edicions.

- Curs sobre malalties cardiovasculars per a infermers de l'Hospital Arnau de Vilanova.

3.- Col·laborem en la formació dels residents d'altres especialitats que fan rotacions per cardiologia i esperem tenir residents propis en la convocatòria MIR del 2007.

4.- Tots els membres del servei col·laboren en les pràctiques dels alumnes de Medicina i participen activament en diferents cursos de formació de postgrau.

Altres activitats

- A partir del pròxim mes de juny, el Servei de Cardiologia de l'HUAV comptarà amb un vocal a la junta directiva de la Societat Catalana de Cardiologia.

- Molts membres del servei participen de forma activa en activitats de les diferents seccions de la Societat Espanyola de Cardiologia.

Servicio de Medicina Interna del HUAV

Dr. José Manuel Porcel Pérez

EQUIPO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Jefe de Servicio: Dr. José Manuel Porcel Pérez.

José Manuel Porcel Pérez, nacido hace 44 años en Granada, se licenció y doctoró en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Realizó la residencia de medicina interna en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona (1987-91) y posteriormente fue Research Fellow en el Departamento de Inmunología del Hospital King's College de Londres. Es profesor titular y vicedecano de Medicina de la Universidad de Lleida y, desde agosto de 2005, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, centro en el que lleva trabajando desde septiembre de 1992. Ha editado tres libros y escrito más de 150 artículos en revistas biomédicas.

Es Fellow del American College of Physicians (FACP), del American College of Chest Physicians (FCPP) y de la European Federation of Internal Medicine (FEFIM). La patología pleural constituye su tema de investigación clínica desde hace más de diez años.

Médicos adjuntos: Dr. Miquel Falguera, Dra. Teresa Puig, Dra. Isabel Gázquez, Dr. Agustín Ruiz, Dr. Carlos Galindo, Dr. Jesús Pérez, Dra. Dolores Domingo, Dra. Carmena Vicente de Vera y Dr. Alfredo Jover.

Médicos residentes: Dra. Mariela Martín (R5), Dra. Annas Sheik (R5), Dra. Ana Belén Madroñero (R4), Dra. Silvia Bielsa (R4), Dra. Silvia Caro (R3), Dr. José Chordá (R3), Dra. Nadia Abdulghani (R2), Dr. Carlos Touzón (R2), Dra. Isabena de Chica (R1) y Dra. Montserrat Velasco (R1).

Supervisoras de enfermería: Pilar Ricart y Esther Aliet.

Secretarías: María José Rocaspana y Maite Reinoso.

¿Cuál es el campo de acción de la medicina interna?

La medicina interna es una especialidad médica, de carácter preferentemente hospitalario, que aporta una atención global al enfermo adulto. El internista se forma bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. En una medicina actual de grandes subespecialidades, en la que existen especialistas



El doctor José Manuel Porcel

¿Qué cambios se han producido en el Servicio de Medicina Interna?

Los cambios experimentados en el Servicio de Medicina Interna del HUAV en los últimos seis meses son profundos, tanto desde el punto de vista estructural como funcional. He de señalar que éstos no se hubieran producido sin el apoyo firme de la gerencia y dirección del centro (doctores Victoria Peralta, Jaume Capdevila y Elvira Fernández). Los podríamos resumir en los siguientes apartados:

1. Reestructuración de la plantilla. Se han incorporado a tiempo completo cuatro nuevos adjuntos (doctores Ruiz, Galindo, Pérez y Domingo) y otro más a tiempo parcial (doctor Jover), que realiza tareas en la UFIN (Unidad Funcional de Infección Nosocomial). Al principio del artículo se relaciona el personal que compone actualmente el Servicio de Medicina Interna.

2. Redistribución de camas hospitalarias. Tradicionalmente, el Servicio de Medicina Interna, que constaba de 20 camas de hospitalización, tenía alrededor de un 160% de ocupación. Para solventar este problema, se ha procedido a la asignación de la totalidad de las 30 camas de la quinta planta sur, amén de otras 14 camas en la sexta planta norte para otras unidades dependientes de nuestro servicio, como se comentará a continuación.

3. Implicación en las urgencias del hospital. Se ha aumentado el número de guardias que los residentes de medicina interna realizan en el área de Urgencias e incrementado un adjunto de guardia de presencia física durante los fines de semana y festivos, con el objeto de realizar un pase de visita reglado y facilitar las altas. Asimismo, se ha designado un médico adjunto del servicio (doctor Galindo) que contacta diariamente con el área de Urgencias para aumentar el flujo de información sobre la ocupación y disponibilidad de camas.

4. Responsabilidad directa sobre una Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna (UCEMI), con 10 camas situadas en la sexta planta norte. En ella se ingresan pacientes con previsión de una estancia hospitalaria inferior a tres días; básicamente sujetos con EPOC agudizado moderado o insuficiencia cardíaca. Sus responsables son los doctores Jesús Pérez y Dolores Domingo.

5. Consolidación de una Unidad de Pacientes Plurihospitalarios y de Edad Avanzada (UPEA), con cuatro camas de hospitalización en la planta sexta norte, una consulta externa diaria ligada al programa PISA y estrecha relación con la hospitalización domiciliaria y los centros sociosanitarios. Está siendo llevada por la doctora Vicente de Vera.

6. Implicación en los servicios quirúrgicos del hospital, a través de la disponibilidad de consultores médicos fijos (doctores Jover y Galindo para traumatología; doctores Ruiz y Gázquez para cirugía norte; doctores Pérez y Domingo para cirugía sur; doctora Vicente de Vera para el resto de especialidades quirúrgicas).

7. Reestructuración de las consultas externas. Existe una consulta general de medicina interna cada día (lunes, para residentes de último año; martes, doctores Jover y Puig; miércoles, doctora Gázquez; jueves, doctores Porcel y Falguera; viernes, doctor Ruiz). Se mantiene la consulta monográfica de tuberculosis (doctores Falguera y Puig) los lunes, miércoles y viernes, así como una consulta diaria de infección VIH (doctora Puig).

8. Creación de una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR), con un consultorio diario (doctor Galindo) en el que se atienden pacientes derivados. El perfil del paciente atendido en la UDR corresponde al de una enfermedad potencialmente grave que habitualmente ingresaría, pero en la que el estado del paciente permite un estudio ambulatorio. El paciente se atiende con una demora asistencial máxima de 72 horas y tiene preferencia en la realización de exploraciones complementarias.

9. Creación de una Unidad de Enfermedades de la Pleura (UEP), fruto de una de las líneas de investigación propias del servicio. Coordinada por mí e integrada por diversos especialistas, pretende dar una asistencia integral al paciente con patología pleural y potenciar una investigación clínica y traslacional de calidad en este campo. Dispone de unas camas de hospitalización y de una consulta externa monográfica.

10. Creación de una Unidad de Enfermedades Infecciosas, en la que se coordinen la infección comunitaria, la nosocomial, el VIH, la tuberculosis y las enfermedades importadas. Especial interés y desarrollo tendrá la infección respiratoria, ya que las neumonías constituyen una línea de investigación prolífica (doctores Falguera y Ruiz) y, junto con los derrames pleurales, serán las áreas de excelencia del Servicio de Medicina Interna.

11. Elaboración de guías clínicas y protocolos para todas las enfermedades prevalentes atendidas en el hospital, que se consensuarán con el resto de especialidades médicas implicadas y se revisarán periódicamente.

Muchos de estos cambios se han producido de una manera tan rápida que aún son desconocidos por una gran parte de la comunidad médica intra y extrahospitalaria y será labor nuestra la difusión oportuna de los mismos, a la que, sin duda, contribuirá esta revista.

ESPECIALITATS DE L'HUAV

Servei de Pneumologia de l'HUAV

Dr. Ferran Barbé

EQUIP DEL SERVEI DE PNEUMOLOGIA

El Servei de Pneumologia de l'HUAV està integrat pels següents professionals: Dr. Brauli Teixidó, Dr. Manel Vilà, Dr. José Manuel Duran, Dr. Ricart Pifarré, Dra. Olga Mediano i Dr. Ferran Barbé. Les noves incorporacions són la Dra. Olga Mediano i el Dr. Barbé. La primera va fer la residència a l'Hospital de la Paz de Madrid i, un cop finalitzada la formació, va ser el primer pneumòleg a incorporar-se al programa de post-MIR de formació en recerca. Després d'una estada a l'Hospital Brompton de Londres, es va incorporar directament a l'HUAV a primers de gener. El Dr. Ferran Barbé és el nou cap de servei. Va estudiar Medicina a la Facultat de Lleida (pertany a la tercera promoció), coneixedor de l'HUAV des de fa vint anys, va fer l'especialitat de Pneumologia a l'Hospital de Bellvitge de Barcelona i posteriorment es va traslladar a París, a l'Hospital Saint Antoine, per aprofundir els seus coneixements en els trastorns respiratoris durant el son i en el tractament de problemes respiratoris dels pacients neuromusculars. Els darrers 14 anys ha treballat a l'Hospital Universitari Son Dureta de Palma de Mallorca com a responsable de la Unitat de Trastorns del Son. Durant aquest temps, l'esmentada unitat ha atès milers de pacients, a la vegada que ha dut a terme una important tasca investigadora. Fruit d'aquesta activitat de recerca, ha publicat uns setanta articles en revistes científiques, ha participat de forma activa en uns 150 congressos i actualment és el responsable de recerca del son de la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràcica.

Les malalties pneumològiques són la segona causa de morbimortalitat de la societat occidental i les dades estadístiques ens diuen que són de les poques causes de mort que augmenten de forma progressiva en els darrers anys, al contrari d'altres malalties (principalment, cardiovasculars), que estan disminuint de forma progressiva. Aquesta importància de les malalties respiratories no es tradueix en una conscienciació de la població general.

Hi ha poca sensibilitat en l'àmbit social respecte a la transcendència que les malalties respiratories tenen en la salut de la població. El Servei de Pneumologia de l'HUAV pretén que



imatge de l'equip de professionals del Servei de Pneumologia de l'HUAV

aquesta concepció canviï i les malalties respiratories siguin considerades una de les principals preocupacions per part de la societat i de les autoritats sanitàries. En aquest context, la missió del Servei de Pneumologia és la prestació de l'assistència sanitària especialitzada en pneumologia i assegurar-ne la qualitat, la satisfacció del ciutadà i l'aprofitament òptim dels recursos disponibles. De forma concreta, el Servei de Pneumologia es planteja els següents objectius:

1. Objectius assistencials. La filosofia d'aquests objectius es basa en quatre punts:

a. Assegurar que en el nostre territori es cobreixi pràcticament la totalitat de la demanda assistencial pneumològica. La derivació de pacients a altres centres ha de ser limitada a casos molt concrets que requereixin tècniques o intervencions especials. La dotació en infraestructura i en recursos humans permetrà que el 95% de les patologies respiratòries puguin ser estudiades, diagnosticades i tractades a Lleida. Amb aquest objectiu s'incorporaran la majoria de les tècniques invasives associades a la broncoscòpia així com els equips de funció pulmonar que permeten realitzar proves d'esforç amb quantificació del consum d'oxigen i del llindar anaerobi.

b. L'activitat del Servei de Pneumo-

logia estarà centrada en la patologia respiratòria més freqüent. Sense defugir de diagnosticar i tractar adequadament les altres malalties, l'organització del servei estarà centrada en el maneig dels pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), trastorns respiratoris durant el son, asma bronquial, càncer de pulmó i infeccions respiratòries. La MPOC és la malaltia respiratòria més freqüent, que presenta un augment progressiu en la incidència i que s'associa a una elevada morbimortalitat. L'abordatge sanitari actual del problema de MPOC se centra en la prevenció i en la detecció precoç de les descompensacions, per això es desenvoluparan programes i activitats multidisciplinàries que tindran com a finalitat la prevenció de les descompensacions i disminuir l'elevada assistència als serveis d'urges per part d'aquests pacients. La rehabilitació respiratòria constitueix una eina terapèutica d'eficàcia clínica ben demostrada, per aquest motiu i també per potenciar l'educació sanitària dels pacients amb MPOC es posarà en marxa una unitat específica.

c. En un segon pas, aquesta unitat de rehabilitació podria complementar-se amb la creació d'un hospital de dia pneumològic. Els trastorns respiratoris durant el son constitueixen la forma de demanda assistencial més creixent

en els serveis de pneumologia de l'Estat. El nostre objectiu consisteix a disposar de la infraestructura i l'organigrama adequats per absorbir aquesta demanda i poder donar resposta als nostres pacients en un temps raonable. Respecte a l'asma bronquial, es desenvoluparà un programa d'atenció i educació destinat als pacients que necessiten més tractaments. El càncer de pulmó i les infeccions respiratòries seran abordats de forma multidisciplinària, juntament amb els altres serveis implicats en el diagnòstic de tractament d'aquests processos.

d. El darrer objectiu docent està relacionat amb la formació continuada. En aquest sentit, s'impulsaran iniciatives que permetin millorar la formació mèdica dels professionals del nostre entorn i de la resta de l'Estat. Es promouren cursos destinats a assistència primària i a primers de maig tindrà lloc una reunió científica centrada en la síndrome d'apnea del son, que reunirà els millors professionals d'aquesta àrea d'arreu del món. El 2006, Lleida serà el nucli científic europeu d'aquesta patologia.

e. L'activitat que es desenvoluparà al Servei de Pneumologia es farà en relació estreta amb la medicina de primària. És imperatiu a curt termini desenvolupar protocols de tractament, derivació i seguiment dels pacients amb malalties respiratòries. En aquest sentit, totes les iniciatives plantejades en el paràgraf anterior respecte als pacients amb MPOC només poden tenir èxit si es fan de forma coordinada amb la medicina primària i amb les unitats que estan a cavall de l'hospital i el domicili. També és important idear programes de formació continuada a les àrees d'interès comú. En aquest sentit, l'any 2006 està dedicat, per part de la Societat Espanyola de Pneumologia, a la síndrome d'apnea del son. Per aquest motiu, es portaran a terme una sèrie d'activitats que donaran a conèixer als diferents estaments sanitaris la rellevància d'aquesta malaltia.

f. El Servei de Pneumologia estarà implicat en la prevenció de la salut pneumològica de la població en general. Aquesta activitat estarà centrada en la lluita contra el tabaquisme i es col·laborarà de forma conjunta amb entitats públiques i privades. També es participarà en la difusió d'hàbits saludables a la nostra societat. Es col·laborarà en la promoció de mesures higièniques i dietètiques que incideixin en la disminució de l'obesitat (els pacients obesos també tenen problemes respiratoris diürns i nocturns) i en la millora de la higiene del son. El son, i especialment el son de qualitat, és un dret de la població.

2. Objectius docents: el Servei de



Servicio de Oncología del HUAV

Dr. Antoni Llombart

EQUIPO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA

El Servicio de Oncología Médica está compuesto por un jefe de servicio y seis facultativos especialistas. El doctor Antonio Llombart Cussac, especialista vía MIR, ha realizado parte de su actividad asistencial en el extranjero (Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia, de 1994 a 1997, y MSKCC, Nueva York, 2001). Desde 1998, en el Instituto Valenciano de Oncología, donde ocupaba el puesto de jefe de sección en investigación clínica y cáncer de mama. Autor de más de cien publicaciones de alto impacto, ha recibido importantes premios de investigación (FISS, TATIANA, FG "YIC, Lilly", beca Novartis). Es premio SOLTI de investigación en cáncer de mama en 2005. Desde octubre de 2005 ocupa el puesto de jefe del Servicio de Oncología Médica del HUAV. Además de sus actividades como tal, se incorporará de forma asistencial a la Unidad de Patología Mamaria.

La doctora Anna María Balil i Gilart es la decana del servicio y desempeña el cargo de oncóloga médica en el HUAV desde mayo de 1984, donde sentó las bases sobre las que descansa el actual servicio y la docencia universitaria de la especialidad de oncología médica. En la actualidad, la doctora Balil es la responsable en tumores ginecológicos y urológicos y también es la coordinadora del registro de tumores del hospital y de los proyectos de quimioprevención en cáncer de mama.

El doctor Serafín Morales Murillo se formó como especialista en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y se incorporó a nuestro centro en 1993, desde donde desempeña una amplia labor asistencial e investigadora, con un currículum de publicaciones que lo avalan. Es la persona encargada de la patología tumoral de vías respiratorias altas.

La doctora Antonieta Salud Salvia, también formada como especialista en el Hospital Vall d'Hebron, se incorporó al Arnaud en 1993, y ocupa el puesto de profesora titular de la Facultad de Medicina desde 2002. Amplió su formación investigadora en el Hospital St. Thomas de Londres, ha sido becada en diversas ocasiones y su experiencia en el manejo de los tumores digestivos cuenta con un amplio reconocimiento a escala nacional.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

ESPECIALITATS DE L'HUAV

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

El doctor Diego Márquez Medina se formó como especialista en oncología médica en el Hospital Universitario de Granada y se incorporó al HUAV en marzo de 2004.

La doctora María Nabal Vicuña es miembro del comité científico de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos y directora de la revista *Cuidados Paliativos*. Es referente nacional en el ámbito del tratamiento paliativo del paciente con cáncer y conforma la unidad de cuidados paliativos del servicio.

El doctor Antonio Martín Marco, especialista en medicina interna, se incorporó al servicio en el año 2004. Su papel principal es el control asistencial de la unidad hospitalaria de 16 camas del servicio. Además, el Servicio de Oncología Médica cuenta con la adscripción del doctor Ramón Aldabó, oncólogo médico del Hospital Provincial Santa María, y está prevista la incorporación de un nuevo oncólogo en junio de 2006. Al personal médico hay que añadir un extenso grupo de profesionales de enfermería, tanto en las áreas de hospitalización como de asistencia externa (hospital de día), así como una psicóloga.

1. La oncología médica en Lleida

La creación, acompañada de una dotación adecuada, del Servicio de Oncología Médica era una de las grandes necesidades asistenciales del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y de toda su área de influencia. Merece la pena resaltar que esta necesidad no era fruto de una precaria atención médica del paciente oncológico sino de la necesidad de poder abarcar los objetivos asistenciales que la sociedad demanda en el tratamiento de esta enfermedad. Desde el año 1984 estaban ya presentes en el hospital los cimientos sobre los que se asienta el actual servicio, con la incorporación progresiva de diferentes especialistas implicados en el tratamiento integral del paciente oncológico desde el diagnóstico hasta el final de la vida.

La creación del Servicio de Oncología Médica en el HUAV obedece a un plan más ambicioso que pretende servir de catalizador para un cambio integral en el manejo del paciente oncológico en la región sanitaria de Lleida. Aunque pueda parecer incongruente, el objetivo pretendido con la creación de este servicio no es fomentar la diferenciación con otros servicios o unidades implicados en el tratamiento de esta enfermedad. No podemos interpretar, ni mucho menos tratar, la enfermedad tumoral desde una mentalidad reduccionista. Tanto la quimioterapia como la radioterapia, e incluso la cirugía, son armas de eficacia

modesta si no se integran dentro de una estrategia multidisciplinaria.

La realidad es que la oncología de alto nivel no sólo precisa buenos especialistas en todas las áreas, también debe actuar coordinadamente. Es tan evidente este juego en equipo, que fue la creación en centros de prestigio, en los años 70 del pasado siglo, de las unidades funcionales por patologías (mama, pulmón, etc.) el germen que ha permitido de forma tangible mejorar las tasas de supervivencia en todos los tumores. Estas unidades funcionales permiten la puesta en marcha de protocolos de actuación integrada, la discusión en sus comités de los casos de forma individualizada y la realización de proyectos de investigación de alto nivel. Obviamente, no pretendemos reinventar la rueda; en el HUAV existen ya unidades funcionales de labrado prestigio y sirva como ejemplo la Unidad de Patología Mamaria, coordinada por el doctor Iglesias. Nuestro objetivo es trabajar en la potenciación de estas unidades, y por ello dentro del servicio existen ya especialistas con una clara orientación a diferentes patologías como la mama, las vías respiratorias altas y el aparato digestivo. En el futuro es nuestro objetivo potenciar esta especialización y la colaboración con el resto de especialistas implicados mediante unidades funcionales mixtas.

Dentro de este mismo objetivo también pretendemos una coordinación progresiva de la asistencia oncológica con el Hospital de Santa María y de una forma más modesta con el Hospital de Tremp. La integración de la actividad oncológica con el Hospital de Santa María está lejos de pretender un traslado de la actividad al HUAV, sino de potenciar también allí los equipos interdisciplinarios tanto de tratamiento como de paliación en oncología. En Tremp, el objetivo inicial es la realización de una consulta avanzada, que en función de su evolución podría integrar también una pequeña unidad de tratamiento.

2. Objetivos asistenciales

Tenemos previsto incorporar nuevos especialistas hasta completar una plantilla mínima de nueve facultativos y poder coordinar los recursos oncológicos del Hospital Santa María de Lleida mediante un acuerdo con el Institut Català de la Salut. Para ello se han adaptado y mejorado nuestras instalaciones en la tercera planta del HUAV y mejorado las estructuras informáticas y de administración. Esta integración permitirá, entre otras, la centralización de todas las urgencias oncológicas. De igual modo, a través de un localizador, garantizaremos la asistencia urgente diaria ante cualquier incidencia que ocurra a nuestros



El jefe del servicio, Antoni Llombart

pacientes durante la administración de tratamientos o durante sus estancias en servicios de urgencias.

En la misma línea, y fruto de la colaboración y el entendimiento con los servicios de Hematología, Farmacia y Análisis Clínicos, se está trabajando en optimizar la actividad del hospital de día de oncohematología. Por su alta tecnicificación y las elevadas medidas de seguridad requeridas fue durante tiempo imposible la administración de los tratamientos en el mismo día de la visita clínica. Es un objetivo prioritario de todos los servicios implicados la dotación de una estructura suficiente para que ello sea posible, aunque su instauración será progresiva y orientada inicialmente a los pacientes no residentes en la capital. Esta medida reducirá considerablemente el número de desplazamientos, el gasto sanitario y el desconfort de nuestros pacientes.

Un segundo objetivo es la potenciación a corto plazo de la UFISS oncológica, que permitirá el cuidado integral de todos los pacientes diagnosticados de cáncer en la región. En la actualidad, el volumen asistencial de esta unidad está cercano al de grandes centros de Barcelona, siendo su dotación de personal claramente inferior al del resto de Catalunya.

3. Investigación y docencia

El segundo objetivo del servicio es la potenciación de la investigación tanto clínica como traslacional. La incorporación del HUAV en grupos cooperativos nacionales e internacionales de investigación clínica es ya una realidad. Desde febrero de 2006 funciona ya una unidad de investigación clínica con la integración de dos especialistas en esta función y está prevista la incorporación de una enfermera de investigación en marzo. En los próximos seis meses se abrirán en el centro más de 15 ensayos



Dos profesionales del Servicio de Oncología del HUAV

clínicos internacionales, que se sumarán a los 10 ya abiertos. En la medida que los índices de participación de pacientes en ensayos clínicos es una de las mejores medidas de calidad asistencial en oncología, es nuestro objetivo alcanzar los estándares de calidad a lo largo de 2007 (entre un 10% y 15% de nuevos pacientes incluidos en estudios). Pre-

tendemos seguir impulsando el Registro de Tumores del centro existente desde el año 1984.

La responsabilidad de su funcionamiento ha recaído desde su creación en un miembro de nuestro servicio, y ha sido gracias a su labor, muchas veces no reconocida, y a la de un becario de la AECC que esta función ha sido

mantenida en el tiempo. Sin embargo, es evidente que la región sanitaria precisa especialistas en epidemiología que en el futuro puedan tomar el relevo en esta función. En colaboración con las distintas unidades de investigación del hospital, y de forma fundamental con el Servicio de Anatomía Patológica, se está poniendo en práctica un proyecto de investigación que pretende valorar el valor predictivo de determinados marcadores moleculares en la respuesta a tratamientos de quimioterapia.

Por último, se ha solicitado la acreditación docente para nuestro servicio en la dirección nacional de especialidades médicas, de manera que se espera contar con la incorporación de residentes para la formación en oncología médica a partir de 2007, lo cual permita, junto a nuestra labor en la universidad, ampliar nuestras funciones docentes.

No podemos olvidarnos de un último objetivo: cooperar en la prevención y formación de nuestra sociedad frente a esta enfermedad. Es nuestro objetivo impulsar la colaboración con otras sociedades (ADIMA, AECC-Catalunya, Lliga Catalana contra el Cáncer, Cruz Roja, etc.) en todo lo que concierne a la lucha contra esta enfermedad.

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.peretenajoyeria.com · Pàrquing Blondel Gratuit

L'atenció a la gent gran, fins a on?

Els nivells poblacionals indiquen, i cada dia més, un envejelliment progressiu. Homes i dones viuen més anys i sovint la vellesa va acompañada d'un nombre més alt de malalties i patiments. Quin és el límit establert en l'atenció a la gent gran? Aquest és el tema d'aquest debat del 'Butlletí Mèdic'.

L'envejelliment de la població

Els aspectes legals i ètics que sorgeixen amb més freqüència durant l'atenció geriàtrica es refereixen a l'evolució de la capacitat de decisió i competència del pacient, la identificació dels responsables de prendre decisions, la resolució dels conflictes relacionats amb l'assistència, la revelació d'informació, el cessament del tractament al final de la vida i les decisions sobre l'atenció a llarg termini.

Tot i això, per resoldre aquest conflicte s'utilitza sempre el mateix punt de vista, sigui quina sigui l'edat del pacient, les reserves fisiològiques, psicològiques i socials de les persones grans fan que el risc de resultats adversos sigui més alt. El fet que moltes persones grans tinguin mancança de suport familiar les fa més vulnerables al sistema sanitari.

Tot i que l'envejelliment planteja problemes especials, no és just realitzar suposicions sobre la capacitat o les necessitats d'una persona basades en l'edat.

Els metges i el personal sanitari han d'avaluar cada ancian de forma individual i estableixen les opcions terapèutiques en conseqüència. També són garants per defensar els interessos ètics i els drets legals dels seus pacients.

Aquest és un aspecte fonamental, i més en els nostres dies, en què la informació per part dels usuaris de la sanitat és més important.

Intentarem, a més de fer un recorregut pel que és l'envejelliment pròpiament dit, tractar aspectes des d'un punt de vista global i des de la bioètica.

L'envejelliment

El concepte d'envejelliment, que identifica i s'identifica amb el col·lectiu de persones de més edat, no pot ser definit en temes quantitatius. És impossible establir un tall d'edat a partir del qual la persona sigui considerada vella.

La qüestió de l'edat és sempre controvertida davant la dificultat per aconseguir una definició que abraçi totes les possibles interpretacions del terme. Per això, cal aproximar-se al tema des d'una visió biològica que determina, almenys, tres tipus d'edats:

- Edat cronològica. És la que l'individu té d'acord amb el temps transcorregut des del seu naixement.
- Edat biològica. És la que correspon a l'estat funcional dels òrgans en comparació amb patrons estàndards establerts per cada edat o grup d'edat. És un concepte més fisiològic i no sempre concorda amb l'edat cronològica.
- Edat funcional. Expressa la capacitat per mantenir els rols personals i la integració social de l'individu en la comunitat, per la qual cosa és necessari conservar cotes raonables de capacitat física i mental.

El procés d'envejellir s'inicia després de néixer, tot i que alguns autors el situen a partir dels trenta anys, quan els processos catabòlics se situen per davant dels anabolics. És un procés de naturalesa multifactorial. El denominador comú més important és la pèrdua dels mecanismes de reserva de l'organisme, la qual cosa determina un augment de la vulnerabilitat davant qualsevol agressió i amb això major susceptibilitat de caure en la malaltia.

Envejellir no és el mateix que

emmalaltir, tot i que la vellesa vagi accompagnada d'un nombre més alt de patiments. Aquestes pèrdues associades a l'envejelliment estan modulades per tres tipus de vies interrelacionades entre si:

1. Fisiològica: modificacions que porta el mateix pas del temps.
2. La història prèvia de malalties.
3. Les condicions ambientals relacionades amb la vida de cada persona.

Racionalització del tractament mèdic

Al nostre país, estableix la llei que tot individu té dret a l'accés equitatiu dels beneficis d'una sanitat de qualitat apropiada, tenint en compte els recursos disponibles.

La població vella s'ha vist amb molta freqüència discriminada a l'hora de beneficiar-se de determinats serveis o procediments, basant-se exclusivament en criteris d'edat cronològica, perquè resulten excessivament cars o perquè són limitats o escassos i no per evidències mèdiques o raons contrastades que els desaconsellen.

Els criteris que caldrà valorar serien de qualitat de vida del pacient, la seva situació funcional prèvia, la gravetat de la malaltia, les expectatives de vida i la possibilitat de millora, més que l'edat cronològica.

Estan tots els aspectes descrits en una eina fonamental de la geriatria com és la valoració integral geriàtrica, que permet incorporar totes les síndromes geriàtriques i la presència atípica de la malaltia des d'un punt de vista interdisciplinari, i estableix un pla de cures per al pacient de forma individual.

En aquest punt també caldrà parlar de l'aspecte que ens

aporta el Document de Voluntats Anticipades. Aquest document consisteix en un escrit dirigit al metge responsable, que ha de ser fet per una persona major d'edat, de forma lliure i hi ha d'expressar les instruccions sobre el tractament i l'assistència que vol rebre.

Els professionals l'hauran de tenir en compte i l'hauran d'acomplir sempre que es realitzin els requisits que exigeix la llei.

L'altra cara de la moneda del problema és el fet que la persona gran malalta és més vulnerable al mal ús i a la sobreutilització de la moderna tecnologia mèdica. S'ha de fer tot el possible per un pacient o sols el que racionalment sigui possible? Delimitar fins quan un pacient ha de rebre tractament és una premissa equivocada, ja que al retirar un tractament *actiu* no deixes de tractar el pacient, sinó que estàs suspenent tots aquells tractaments mèdics que li estan allargant la vida sense millorar-ne la qualitat, però no exclou el tractament dels símptomes ni les actuacions d'infermeria que aconsegueixin el màxim benestar i confort del pacient. Determinar el moment de retirar el tractament mèdic actiu ha de realitzar-se en cada pacient concret, i d'acord amb l'objectiu que es pretén. A través de la història clínica s'identifiquen els problemes o conflictes morals del cas i s'analitzen d'acord amb els principis de la bioètica, tenint en compte que aquests principis poden entrar en conflicte. Sense oblidar que cal treballar des d'una visió global i bio-psico-social de la persona gran i, en definitiva, de tota persona que en una situació de vulnerabilitat ha de ser tractada des d'aquest punt de vista.

Principis de la bioètica

- Respecte a l'autonomia, l'expressió pràctica d'aquest principi és el consentiment informat, en què cal tenir en compte que parlem d'informació (que ha de ser veraç, personalitzada, entesa...).
- Principi de beneficiència, que obliga el professional de la salut a tractar el seu pacient posant tot el màxim interès i de la millor manera possible.
- Principi de no maleficència, que ens ajuda en l'aspecte de no fer mal amb la nostra actuació i pràctica al pacient.
- Principi de justícia. Tota perso-

na humana té dret a ser tractada de forma equitativa.

No és fàcil en l'actualitat ser equitatiu, just... però cal tenir en compte que els professionals tenim el diàleg, hem d'escoltar el que diuen els nostres pacients i les seves persones properes, i també podem buscar el consens d'altres professionals, sense oblidar els comitès d'ètica, que en casos particulars poden fer llum a l'hora de prendre una decisió.

Conclusions

Cada cop més tenim un tema important damunt de la taula i al peu del llit, cal tractar bé i eficaçment els usuaris de la sanitat, hem d'estar informats i formats i no podem oblidar que parlem de la cura, de fer un diagnòstic, de fer una atenció a persones i que hem de fer-ho amb respecte, delicadesa i sense oblidar que no parlem de números o de no sabem què, sinó que estem parlant d'una persona amb un nom, una història, uns sentiments, una família, una opinió i un moment de màxima vulnerabilitat donada la situació límit en què es troba.

• El pacient serà valorat de forma individual, tenint en compte l'edat biològica i funcional, i passarà a segon terme l'edat cronològica.

• La valoració geriàtrica integral aporta una visió global del malalt geriàtric i inclou la seva situació mèdica, física, mental i social, que permet realitzar un abordatge complet del pacient i facilita la presa de decisions terapèutiques, entenent per aquestes el procés que porta a valorar diferents opcions raonables i a elegir-ne una, que constitueix la decisió final.

• La racionalització del tractament es fonamentarà en la valoració geriàtrica integral, que permet una valoració global del malalt, i en els principis bàsics de

• El pacient es valora segons l'edat funcional i no segons l'edat cronològica

la bioètica.

Dra. Ana Vena Martínez
Josefina Vendrell Justríbo
Hospital de dia de geriatria. GSS.
Hospital de Santa Maria. Lleida

BIBLIOGRAFIA

- "Aspectos legales y éticos". A: Lane Kelyn, A.G. (2a ed.). *Manual Merck de Geriatría*. Hacourt: Madrid, 2001, 127-141.
- Rodríguez Merino, J.M.; Sepúlveda Moya, D. "Bioética en geriatria". A: Ruipérez Cantero (ed.). *El paciente anciano*. Madrid: MacGraw-Hill; 1998,37-45.
- Barbero, J.; Moya, A. "Conflictos y dilemas sociosanitarios. Una valoración bioética". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Desembre, 2003, vol. 38, suplement 3, 27-39.
- Obiols Landrich, J. "Envejecimiento y longevidad: una visión antropológica". A: Salvador Carulla, L. (ed.). *Longevidad, tratado integral sobre la segunda mitad de la vida*. Madrid: Panamerica; 2003, 39-43.
- Liaño Cuesta, E.; Marcos García, M.; Arteaga Montero, M.A. "Sociología del envejecimiento". A: Pérez del Molino, J. (ed.). *Síndromes geriátricos*. Masson; 1994, 31-36.

L'augment de l'esperança de vida

No hi ha dubte que el gran avanç tecnològic que s'ha produït en les darreres dècades ha influït en la nostra vida quotidiana. Ho podem apreciar en la nostra feina, en les relacions socials i en la manera d'interpretar la nostra vida i de gaudir-ne.

L'àmbit sanitari no s'ha escapat d'aquesta revolució. Les millores en les estratègies preventives, el millor control de les infecions i de les condicions higienicosanitàries en general, proves diagnòstiques i tractaments més eficaços han aportat el seu gra de sorra a l'augment de l'esperança de vida i longevidat de la nostra població.

En els últims anys, s'ha demostrat que l'augment de l'esperança de vida no ha d'anar pas acompanyat d'un augment de dependència, que es pot prevenir si existeix un sistema sanitari adequat, és a dir, arribar a vell i seguir sent independent, així es confirma la teoria de Fries de compressió

de la morbiditat.

Longevidat que, d'altra banda, cada cop es posa més en entredit si ve acompanyada d'una major dependència i pitjor qualitat de vida.

Atenció al final de la vida

Malgrat l'esmentat anteriorment i de l'exèit que suposa poder compromir els anys de dependència o de morbiditat al final de la vida, no es pot evitar arribar a aquest punt. Es en aquest moment en què es concentraran les demandes d'atencions sanitàries i socials més importants.

En la dècada dels 80, l'OMS va establir que les cures pal·liatives constitueixen la forma més adequada d'atenció al pacient amb càncer en fase terminal i en recomanava l'extensió a altres patologies.

Establir, però, quan un pacient amb malaltia crònica, invalidant i en fase avançada és candidat a cures pal·liatives no és fàcil i és una qüestió que es debat en molts dels fòrums de discussió, geriàtrics i pal·liativistes, i en la societat en general.

El progressiu enveliment de la població i les característiques pròpies diferencials de l'ancià han fet que el concepte tradicional de CP hagi canviat i es parli d'*atenció al final de la vida*.

L'organització americana de CP, Nacional Hospice Organization (NHO), publica unes recomanacions després d'una revisió sistemàtica d'indicadors de mortalitat i edita una guia de Factors Pronòstics de Malaltia Avançada d'Órgan, amb la finalitat que els metges americans puguin incloure aquests criteris en l'assistència gratuïta a les agències de CP (Hospice Care).

Aquests criteris de la NHO no són propis ni específics de l'ancià i deixen de banda aspectes propis i de gran especificitat d'aquest com la comorbiditat, la desnutrició i la pèrdua funcional, tres indicadors independents de mortalitat en l'ancià.

Tanmateix, és important tenir en compte una sèrie de característiques pròpies i diferencials de la persona gran que fan necessari un abordatge diferent:

- Aparició atípica de la malaltia.
- Comorbiditat de malalties cròniques i invalidants.

- Presència de síndromes geriàtrics: immobilitat, caigudes, tec...
- Alteracions farmacocinètiques i farmacodinàmiques.
- Afrontament de la mort.
- Problemàtica sociofamiliar específica: falta de cuidador, sobrecàrrega del cuidador, disponibilitat de recursos econòmics...
- Alta prevalença d'alteracions neuropsicològiques.
- Més necessitat d'atencions d'infermeria: sondes vesicals, SNG...
- Implicacions bioètiques legals: consentiment informat, voluntats anticipades...

segons la situació del malalt fins a l'actitud terapèutica que cal seguir. Ens preguntem: és adient tractar una determinada complicació?, és procedent fer un ingrés hospitalari?...

Per respondre a aquestes preguntes no hi ha cap fórmula ni cap protocol que ens doni la resposta, cada pacient i la seva circumstància són únics i, per tant, la forma d'abordatge també. Des de sempre, els professionals sanitaris ens hem basat en la prudència, el sentit comú i la deontologia mèdica (anàlisi dels principis fonamentals de la bioètica: autonomia, beneficència, no-maleficència i justícia), però moltes vegades resulta insuficient.



Cada cop més, moren menys persones per esdeveniments aguts com a tals i més per les complicacions de malalties cròniques.

En l'ancià especialment vulnerable (ancià fràgil i pacient geriàtric) és fàcil confondre situació d'especial incapacitat, de iatrogènia, de reversibilitat, amb situació de terminalitat. Això és especialment rellevant en la demència.

Tot això ens porta a pensar que l'atenció al pacient geriàtric en la seva fase final ha de ser una atenció continuada al llarg de la seva malaltia. No han d'existir uns criteris estrictes que posin punt i final a un tractament curatiu i un punt inicial al tractament symptomàtic: aquests han de ser complementaris i continuats, independentment de la ubicació del pacient, i utilitzar eines de valoració geriàtrica i de control symptomàtic de manera conjunta per poder manejar de forma correcta tota la fase final de l'evolució de la malaltia.

Davant tots aquests aspectes, la presa de decisions constitueix una eina fonamental i una constant en la nostra pràctica diària i abraça des de l'elecció de les proves diagnòstiques més adients

Per facilitar aquest procés, és necessari seguir un model de treball interdisciplinari i fer una valoració acurada de:

- Riscos i beneficis derivats de la nostra intervenció.
- Malaltia fonamental: estadiatge, pronòstic, evolució que determina la situació basal del malalt.
- Freqüència d'aparició de les complicacions i la seva severitat.
- Crisi actual: severitat, pronòstic, intervenció terapèutica i grau de severitat per revertir la crisi, repercussió sobre el confort del malalt.
- Opinió del malalt: si el malalt no pot manifestar les seves preferències, la decisió recau sobre la família més propera. Per evitar aquesta situació, caldrà plantejar la redacció d'un document de voluntats anticipades, que no és més que els desigs i les instruccions que el malalt manifesta en una situació de competència mental, davant d'una hipotètica situació de futura incapacitat.
- Actitud del malalt davant les cures i opinió del personal sanitari: aquesta actitud no és

pot conèixer amb una valoració puntual, per això és molt important la coordinació entre els diferents equips sanitaris que atenen el malalt perquè el continu assistencial sigui una realitat.

- Grau de control symptomàtic i de confort:

"Guarir de vegades, pal·liar sovint i confortar sempre."

- Opinió de la família.
- Evitar prejudicis subjectius respecte a la qualitat de vida.

L'assistència domiciliària és el procés per excel·lència per aconseguir, en el mitjà natural de la persona gran, el maneig adequat d'aquelles situacions en les quals hi ha una incapacitat establetla o un deteriorament progressiu, secundari a una malaltia física i/o mental, que requereixen mantenir al màxim els nivells de funcionalitat, salut i confort.

Les atencions al final de la vida en aquest mitjà adquireixen les màximes possibilitats de desenvolupament pel que fa a la presa de decisions i la pràctica de les cures pal·liatives domiciliàries.

Biologia contra bioètica? Intervencionisme enfront d'absassinència terapèutica? Ageisme? Agut, crònic o pal·liatiu? Són múltiples els dubtes que ens assetgen en el seu maneig quotidià. Possiblement mai trobarem resposta a tots, però tal vegada els nostres Antics foren els qui més s'hí varen apropar: escoltar, acompanyar i ajudar, i coherència, molta coherència, a l'era de les malalties i no dels malalts.

Dra. N. Arraràs, Dra. R. González, Dr. J.M. Martínez, Dra. L. Nadal.

Equips PADES-GSS Hospital de Santa Maria. Lleida

BIBLIOGRAFIA

- GÓMEZ PAVÓN, J.; JIMÉNEZ ROJAS. *Cuidados al final de la vida en la práctica geriátrica*. Laboratorio Andrómaco, 2002.
- HURLEY, C.A.; VOLICER, L.; BLASI, Z.V. "End of life care for patients with advanced dementia". *JAMA*, 2000; 284: 2449-2450.
- WENGER, N.S.; ROSENFIELD, K. *Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders*. ACOVE Project. *Ann. Intern Med* 2001; 135: 677-685.
- JIMÉNEZ TORRES, E.F.; PALOMERA GARCÍA, M. "Cuidados paliativos y de soporte en asistencia geriátrica domiciliaria". *Rev. Esp. Geriatr.*

Geront., 1999; 34: 24-33.

"Documento de Consenso sobre situaciones al final de la vida (3 de mayo de 1999)". A: *Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001; 61-72.

GÓMEZ-BATISTE, X.; FONTANALS, M.D.; VIA, J.M.; ROCA, J.; TRELIS, J. STJENSWÄRD, J.; TRIAS, X. "Planificación e implantación de los servicios de cuidados paliativos (2): resultados preliminares en Catalunya 1990-1993". *Med. Pal.*, 1996; 3: 53-58.

Biologia o cronologia: una visió des de la deontologia

La decisió mèdica de com s'ha d'actuar i fins a on davant d'un pacient d'edat avançada s'ha de regir, al meu entendre, pels mateixos criteris que regeixen les nostres actuacions en els altres àmbits de la medicina.

En aquest darrer tram de la vida, els malalts tenen el dret de rebre totes les atencions encarades a preservar la seva salut quan això sigui possible o a veure alleugerit el seu patiment si no poden ser guarits (CD¹, art. 1). Tothom té el dret a una atenció mèdica de bona qualitat humana i tècnica i el metge ha de vetllar per la preservació d'aquest dret (CD, art. 8) i ha d'emprar tots els mitjans adequats al seu abast dirigits a la conservació o recuperació de la salut (CD art. 46).

Aquests són principis bàsics que ens parlen a favor de prendre les nostres decisions d'acord amb la biologia, és a dir, segons el procés patològic de cada pacient i independentment de l'edat. Però

- **Al final de la vida, els malalts tenen dret a rebre totes les atencions necessàries**

un cop assentats aquests principis generals que protegeixen els ancians de possibles discriminacions basades únicament en el pas dels anys, hem d'aportar noves consideracions, ja que les coses no són tan simples.

La medicina moderna, que ha aconseguit uns als nivells tecnològics, ens permet arribar molt lluny en actuacions diagnòstiques i terapèutiques. Però no es pot deixar mai de banda que el procés d'enveliment porta a una inevitable pèrdua de capacitat, a una pitjor tolerància a procediments agressius i a un major nombre de complicacions i de iatrogènia. En definitiva, a uns menors beneficis i a un increment de patiments. A més a més, l'experiència acumulada amb els anys i la proximitat de la mort fan que, en general, les persones velles modifiquin la seva valoració del món i de la vida i s'esparsin molt més els pros i els contres d'un determinat procediment. Però fins i tot quan no és així, i arribats al punt que el pacient o la seva família ens exigeixin actuacions agressives, fins a on és ètic arribar?

Ens pot ajudar a decidir el fet de valorar la millora que la nostra actuació aportarà al pacient en termes de qualitat de vida. Les condicions físiques i mentals a les diferents edats són molt variables, de manera que, una mateixa malaltia, en una mateixa edat, pot requerir plantejaments diagnòstics o terapèutics ben diferents segons cada persona. Així, un ancí de 90 anys amb un càncer de colòn pot ser subsidiari d'una intervenció si té un bon estat de salut de base o si aquest tractament li pot permetre viure en millors condicions o reduir el seu patiment —per exemple, una oclusió intestinal. I en canvi, un altra persona més jove pot tenir un risc més alt que desaconselli la intervenció.

Tot i que els ancians poden tenir limitada la seva capacitat de comprensió i de prendre decisions, és un principi ètic fonamental escoltar-los sempre que sigui possible i respectar la seva opinió, com passa en qualsevol altre moment de la vida. En el cas de pèrdua de facultats, s'ha d'intentar esbrinar el que hauria volgut, bé a través de les voluntats anticipades, si hi són, o a través dels familiars, procurant respectar aquells valors que hagin dirigit la seva vida.

Els metges hem de tenir també present el dret de qualsevol pacient a rebutjar totalment o parcialment una prova diagnòstica o l'assistència mèdica (CD art. 14).

Ens movem, en realitat, entre dues opcions extremes: aplicar ràgidament els avenços científics (criteris biològics) o aplicar només els criteris humanitaris o compassius (relacionats amb la cronologia). En els dos casos ens equivocem.

Si apliquem els primers, buidem l'acte mèdic d'un aspecte essencial, el moral o ètic, oblidem que és el malalt el dipositori de les nostres actuacions i deshumanitzem encara més la medicina. Podem arribar a afirmacions tan greus com: "Metge, aquell que sap aplicar les tecnologies. Pacient, aquell a qui s'apliquen les tecnologies."² És més, sense una bona empatia, sense un bon suport emocional, sense una relació de confiança, sense la col·laboració del pacient, serà molt difícil aconseguir bons resultats, sobretot en casos de patologies cròniques. I podem caure en l'obstinació o l'aferissament terapèutic, que es defineix com l'adopció de mesures diagnòstiques o terapèutiques, generalment amb objectius curatius en fases avançades i terminals, de manera desproporcionada o lús de mitjans extraordinaris amb l'objecte d'allargar innecessàriament la vida.

A l'extrem oposat, si apliquem únicament els criteris cronològics, privarem el pacient d'opcions terapèutiques que podrien millorar la seva salut.

En definitiva, la meva postura davant la disjuntiva que se m'ha plantejat és clara. No ens podem guiar únicament per criteris tècnics o per criteris humanitaris, hem de considerar tant la malaltia com el pacient que la pateix, hem de seguir recordant que en l'acte mèdic projectem un conjunt de coneixements tècnics i de principis deontològics. Biologia més cronologia és la meva resposta.

No vull acabar sense referir-me a un tema fonamental en l'atenció als pacients senils avançats i a les situacions terminals: l'aplicació adequada de les cures palliatives en els casos en què no puguem recórrer a les actuacions curatives. Aleugerir el dolor i el patiment són objectius fonamentals i vinculants per a

qualsevol metge. Tal com afirma Joan Monés: "Quan un pacient arriba al final de la vida, sense possibilitats de retorn, l'objectiu prioritari del metge no és la salvaguarda a ultrança i sense límits de la vida, sinó més aviat aconseguir la màxima qualitat possible del temps previsible de vida que li queda."³

Dra. Teresa Puig Ganau
Presidenta de la Comissió de Deontologia del COML

NOTES

1 Codi de Deontologia.

2 Castillo del Pino, al llibre *El arte y la ciencia del diagnóstico médico*, del Dr. Moreno.

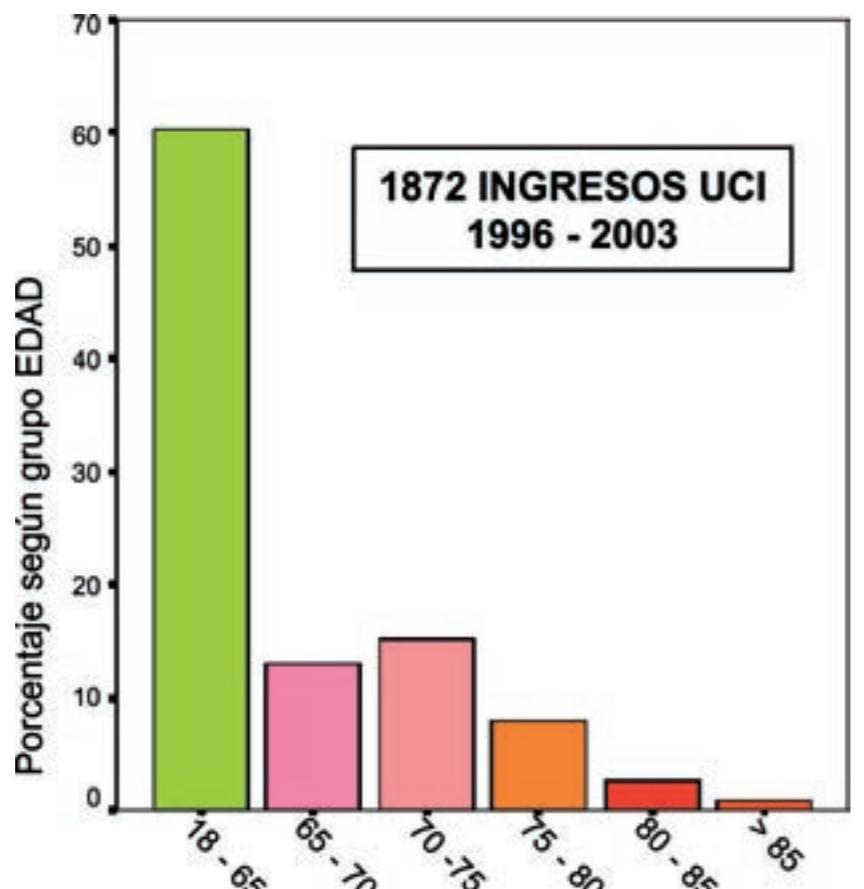
3 "El pols de l'éтика i la deontología". *Annals de Medicina*, 88: abril, maig, juny 2005.

El papel de los cuidados intensivos

De forma muy general, puede definirse que el objetivo fundamental de la medicina intensiva es conseguir que los pacientes que hayan sido atendidos en una

unidad de cuidados intensivos (UCI) vuelvan a un estado de salud aceptable para su condición y edad. Siguiendo este concepto, la atención en UCI parece ser universal para cualquier patología y edad, aunque hay otras consideraciones que deben tenerse en cuenta. Otra máxima que tampoco debemos olvidar es la reversibilidad de los procesos críticos que atendemos, y podemos decir que una situación es reversible no solo cuando el paciente vuelve a la normalidad, sino cuando este estado de salud se mantiene durante un tiempo razonable. Definir un tiempo de supervivencia como razonable centra el debate de la edad y la atención en UCI. Todos tenemos la idea de que este tiempo es diferente si tratamos en diferentes especialidades médicas (no es lo mismo para oncología que para pediatría). En medicina intensiva, el consenso para esta expectativa de tiempo con calidad de vida aceptable se suele establecer en años.

Como en todos los ámbitos de la medicina, el envejecimiento de la población (sin olvidar el Estado de bienestar de nuestra sociedad) ha cambiado el tipo de pacientes que se atienden en nuestras UCI.



Los conceptos de edad (envejecimiento) y UCI se mezclan, y pueden analizarse bajo dos prismas diferentes. Primero, analizando la edad como factor de evolución y pronóstico de los pacientes que atendemos. Y, de una segunda manera, descifrando si la edad condiciona la posibilidad de ingreso en las unidades de críticos.

En las UCI ingresan pacientes de todas las edades y puede afirmarse que en determinadas patologías ha ido aumentando su edad media. En la figura 1 se aprecia la distribución de la edad de nuestros ingresos (1.872 ingresos de más de 24 horas entre los años 1996 y 2003), comparando los menores de 65 años con los más mayores. En casi todos los sistemas de valoración de riesgo de muerte (con asignación de probabilidad de muerte como índice de gravedad), la edad se muestra como factor directamente asociado a un mayor riesgo. Es fácil componer un escenario con dos pacientes con el mismo diagnóstico, antecedentes, patobiografía e indicadores de fracasos orgánicos idénticos, y coincidir en que el paciente mayor tendrá menos posibilidades de sobrevivir a su ingreso. También es verdad que pacientes con la misma edad tienen diferentes posibilidades según su biología. Se han analizado factores que dependen de esta biología que van desde los hábitos higiénicos, antecedentes de enfermedades crónicas o estilo de vida hasta determinantes genéticos que nos predisponen a un distinto tipo de respuesta o resistencia ante las agresiones o enfermedades.

El mismo concepto de paciente mayor no es absoluto. Un repaso a la literatura científica de las últimas dos décadas nos da una visión evolutiva de lo que entendemos como un paciente mayor según el punto de vista de la medicina intensiva. Se ha definido como paciente mayor el que supera los 65 años (ahora esta cifra no sirve, ya que puede coincidir en algunas patologías con su edad media). Otro punto de corte empleado han sido los 70 o 75 años. Si nos centramos en los trabajos de los últimos años ya figura la cifra de 80 años como definición del paciente mayor (*older*), pero también aparece la preocupación sobre los más mayores (*very elderly*), que supe-

ran los 85 años. Está claro que poner una cifra como una barrera para ser atendido en UCI o como pronóstico absoluto de muerte no es posible. Estas cifras evolucionarán en nuestra sociedad de forma paralela al aumento de la expectativa de vida. Podemos hacer dos afirmaciones una vez que ingresa el paciente en UCI:

- La edad es un factor que influye en las posibilidades de sobrevivir. Pero no es el más importante. Por ejemplo, la valoración de los fracasos orgánicos tiene más peso que la edad.
- La edad debe combinarse con la biología del paciente para estratificar su gravedad. Los sistemas de predicción de gravedad deberán revisar los rangos de edad (subiendo sus límites) que estratifican el pronóstico de los pacientes críticos.

La otra manera de abordar el problema tiene menos apoyo bibliográfico y cae más en el día a día asistencial (que no tiene menos importancia a mi juicio). En cualquier hospital, el porcentaje de pacientes ingresados con edades en el rango de definición de paciente mayor (que ya centramos para simplificar en más de 80 años) es alto (en algunas especialidades superior al 20-25%). Una faceta del trabajo del intensivista (poco reconocida y bastante dura en su aprendizaje y ejecución) es la de decidir si un paciente etiquetado como grave (iva a morir si no lo atiendes) ingresa o no en UCI. Aquí vuelvo a tomar el concepto de reversibilidad (bajo el punto de vista de nuestra especialidad) y la del tiempo de mantener una salud aceptable. Cada vez se nos comentan pacientes más mayores (ya no existe una barrera o cifra límite). La combinación del análisis de edad y biología ya suele estar filtrado antes de nuestro juicio, porque estos pacientes que debemos valorar con edades muy altas tienen unas condiciones biológicas óptimas (y por eso nuestros compañeros de otras especialidades nos implican en la toma de decisiones). La mayoría de las ocasiones son pacientes sin antecedentes, lúcidos y con una calidad de vida previa enviable (y que pueden superar los 90 años). Por esto, pacientes que era impensable que entraran en valoración hace menos de 10-15 años, se valoran actualmente de

forma habitual.

Pero, como en todo, en medicina hay una zona gris, donde, en algunos pacientes, la edad, aunque no limita su ingreso en UCI, sí que limita el esfuerzo terapéutico que se va a realizar. Estos pacientes mayores (ya tienen antecedentes de problemas crónicos o peor calidad de vida previa) ingresan pero bajo condiciones. Suelen ser pacientes con un solo fracaso orgánico. Si este único fracaso puede restablecerse nos conducirá a un resultado positivo, pero si aparecen otros fracasos orgánicos se acaban las expectativas favorables y se plantean las limitaciones a tratamientos más agresivos. Esta labor (decidir la limitación del esfuerzo terapéutico) recae en nuestra especialidad de forma contundente.

En los próximos años, estos aspectos irán evolucionando: tenderemos a tener más pacientes mayores, los pacientes dispondrán de un documento de voluntades anticipadas (que a veces nos ayudará a tomar decisiones) y aparecerán más estudios sobre pronóstico y guías de actuación en este grupo de edad.

Dr. Javier Trujillano Cabello
Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitario
Artau de Vilanova.
Departamento de Ciencias
Médicas Básicas. UdL. Lleida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chelluri, L.; Im, K.A.; Belle, S.H.; Schulz, R.; Rotondi, A.J.; Donahoe, M.P.; Sirio, C.A.; Mendelsohn, A.B.; Pinsky, M.R. "Long-term mortality and quality of life after prolonged mechanical ventilation". *Crit Care Med.*, 2004, enero; 32(1):61-9.
2. Somme, D.; Maillet, J.M.; Gisselbrecht, M.; Novara, A.; Ract, C.; Fagon, J.Y. "Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes". *Intensive Care Med.*, 2003, diciembre; 29(12):2137-43.
3. Lloyd, C.B.; Nietert, P.J.; Silvestri, G.A. "Intensive care decision making in the seriously ill and elderly". *Crit Care Med.*, 2004, marzo; 32(3):649-54.
4. Hennessy, D.; Juzwishin, K.; Yergens, D.; Noseworthy, T.; Doig, C. "Outcomes of elderly survivors of intensive care: a review of the literature". *Chest*, 2005, mayo; 127(5):1764-74.
5. López-Messa, J.B. "Envejecimiento y medicina intensiva". *Med Intensiva*, 2005; 29(9):469-74.

Quan preparis el teu viatge, no t'oblidis de la salut

Glòria Mirada · Infermera. Centre de vacunacions internacional del Servei Territorial del Departament de Salut a Lleida
Pepi Estany · Infermera. CAP Artesa de Segre

Més de 80 milions de persones viatgen cada any a diferents destins d'Àfrica, Àsia, Amèrica Llatina, Illes del Pacífic i Est d'Europa, on poden exposar-se a una gran varietat de patògens que rarament són presents al seu país d'origen.

Prop d'un milió d'espanyols visiten països tropicals. Aquesta xifra s'ha anat incrementant any rere any i, en conseqüència, ha augmentat el risc de patir malalties tan comunes com l'hapatitis A i altres no tan comunes al nostre país com la malària, la febre groga, el dengue, la febre tifoide i el colera.

L'any 1850 es tardava 350 dies a fer la volta al món, avui dia és possible fer-la amb només 36 hores, la qual cosa pot suposar contraure la malaltia en un país, incubar-la en un altre i manifestar-la en un tercer.

La tendència actual es manifesta en:

1. Els viatges: més freqüents, més curts i més diversitat de destinacions.
2. Els viatgers:
 - a. Un important nombre de viatgers són turistes.
 - b. Increment important d'immigrants que van de visita al seu país d'origen.
 - c. Increment dels viatges per motius laborals, en ONG, amb missions humanitàries...

També ha augmentat la disponibilitat de mesures preventives. Per tant, és molt important que el viatger obtingui el consell sanitari adequat.

S'estima que per cada 100.000 viatgers, i més al tròpic:

- 35-40.000 es troben malament durant el viatge
- 10.000 consulten un metge
- 7.000 passen algun dia al llit
- 1.000 falten a la feina al tornar de viatge
- 400 són hospitalitzats al país de destinació
- 50 requereixen repatriació
- 1 mort

La diarrea del viatger, com es pot veure a la taula, és la malaltia infecciosa més freqüent i l'hapatitis A és la malaltia que es pot prevenir amb vacuna més comuna entre els viatgers.

Per fer un assessorament adequat,

◆ **S'estima que per cada 100.000 viatgers, 40.000 no es troben bé durant el viatge**

◆ **Cal conèixer la situació epidemiològica del país visitat**

◆ **El Centre de Vacunacions va atendre 2.400 viatgers el 2004**

primer s'ha tenir informació sobre el país o els països on anirà el viatger per conèixer la situació epidemiològica de les principals malalties que es puguin transmetre.

El risc d'adquirir malalties depèn d'una sèrie de factors relacionats amb:

- Les característiques del viatge: país o països de destinació, l'època en què hi anirà, el motiu (turisme, treball, cooperació, visita familiar), el tipus (rural-urbà, organitzat-lliure), l'itinerari previst, la durada del viatge i el temps d'estada en cada zona geogràfica i el tipus d'allotjament (hotel, càmping, alberg, casa particular).

Encara que el país de destinació ens orienta a grans trets sobre el riscos que pot tenir el viatger, la durada del viatge i la relació amb la població autòctona són determinants a l'hora d'establir recomanacions específiques concretes.

- Les característiques del viatger: edat, estat de salut, situació immunitària, percepció del risc.

- Les mesures preventives adoptades.

Fer una valoració individualitzada del risc, tenint en compte totes les variables anteriors, és molt important.

Els viatgers haurien de consultar els centres especialitzats almenys quatre setmanes abans de l'inici del viatge, amb la finalitat d'obtenir informació actualitzada sobre les condicions sanitàries de la zona que visitaran i perquè se'ls puguin administrar les vacunes o profilaxis indicades en cada cas.

Un total de 2.400 viatgers amb destinacions a països tropicals van ser atesos durant l'any 2004 al Centre de Vacunacions Internacional de Lleida. Prop d'un 37% van anar a països de la regió de l'Àfrica Subsahariana. Per països, el Senegal és el primer, seguit de l'Índia, el Brasil, Mali, Perú i Tailàndia. El 58% dels viatgers que van venir al centre eren homes i la

mitjana d'edat del total dels viatgers va ser de 35 anys. La mitjana de dies en què acudien al centre abans d'emprendre el viatge va ser de 22, però el 30% van venir amb menys de 10 dies d'antelació.

El grup més nombrós que s'atén al centre són els turistes, i dins d'aquest grup s'inclouen persones amb diferent risc, als quals s'haurà d'adaptar el consell adequat en cada cas. Una quarta part dels viatgers que s'atenen són d'origen immigrant que tornen al seu país d'origen i conviuran amb les mateixes condicions que la seva família.

Així doncs, una vegada feta la valoració individualitzada del viatger, la seva prevenció anirà encaminada a tres grans blocs:

1. Vacunació.
2. Valoració de la quimioprofilaxi de la malària.
3. Precaucions higièniques i consells sanitaris.

La vacunació

La vacunació és la millor tècnica per prevenir malalties a aquells que viatgen a països amb sistemes sanitaris i mediambientals deficientes.

Les vacunes protegeixen el viatger de processos infecciosos que inclouen malalties comunes que existeixen al país d'origen, però que són hiperendèmiques a l'àrea geogràfica de destinació, com per exemple l'hapatitis A. Però també hem de tenir en compte que no tots els viatgers tenen el mateix risc de contreure-la.

Juntament amb els factors que hem de valorar en la preparació d'un programa individualitzat de vacunacions en els viatgers, s'han de tenir en compte els requisits específics del país al qual es viatjarà i també el temps del qual disposarem abans de la data de sortida, que determina quines vacunes podem administrar.

VACUNES SISTEMÀTIQUES

Nens:

- Difteria/tétanus/tos ferina
- Hib
- M. meningocòccica C
- Poliomielitis
- Hepatitis B/Hepatitis A
- Triple vírica

Adults:

- Td
- Grip
- Pneumocòccica

VACUNES OBLIGATÒRIES

- Febre groga
- M. meningocòccica

VACUNES RECOMANADES

- Febre groga
- M. meningocòccica
- Poliomielitis
- Febre tifoide
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Xarampió (triple vírica)

Altres:

- Encefalitis centreeuropea
- Encefalitis japonesa
- Grip
- Ràbia
- Còlera

Moltes vegades suposa utilitzar esquemes de vacunació accelerats iavaluar les vacunes prioritàries segons el risc per al viatger. Això constitueix un dels reptes més importants que tenim als centres de vacunacions internacionals.

L'Organització Mundial de la Salut assegura la importància que la vacunació del viatger comenci amb les vacunes sistemàtiques. Hem d'aprofitar la demanda de vacunació en ocasió d'un viatge per actualitzar els calendaris de vacunació tant dels nens com dels adults.

Pel que fa als nens, moltes vegades aquesta actualització pot implicar avançar vacunes que no se li administrarien fins més endavant, com és el cas de la vacuna triple vírica i la vacuna contra l'hapatitis A. En l'adult cal tenir en compte les vacunes contra el tétanus i la difteria i a partir dels 60 anys, les vacunes antipneumocòccica i antigripal.

Un dels problemes que se'n presenta és la falta de documentació sobre vacunes administrades anteriorment. Dels adults que han passat pel Centre de Vacunacions Internacional i que diuen estar correctament vacunats contra el tétanus, solament una quarta part aporta algun document que ho acrediti. En aquestes situacions, l'edat i el gènere resulten fonamentals a l'hora de realitzar una primera valoració de les necessitats particulars de vacunació, ja que coneixem les dates en què es van introduir les diferents vacunes en els calendaris sistemàtics de vacunació.

Tot sovint, les consultes que realitzen els viatgers al nostre centre es basen en aspectes de l'estreta obligatorietat de la vacunació. Actualment, segons el Reglament Sanitari Internacional, l'obligatorietat formal de vacunació ha quedat pràcticament limitada a la febre groga.

Alguns països d'Àfrica, Sud-amèrica i Àsia exigeixen un certificat internacional de vacunació contra aquesta malaltia a determinats viatgers internacionals, generalment els procedents de zones geogràfiques infectades.

Però la recomanació sanitària de vacunació contra la febre groga o altres malalties s'ha de realitzar quan es valori que hi ha risc per al viatger de contraure-la, amb independència dels requisits formals.

El Govern de l'Aràbia Saudita exigeix als viatgers (pelegrins a la Meca) un certificat de vacunació contra la malaltia meningocòccica com a requisit previ per a l'obtenció del visat.

Encara que moltes vegades el concepte de vacunació recomanada és interpretat com a optatiu, són molt importants aquestes vacunes en la prevenció de les malalties infeccioses. Podriem fer, dins d'aquestes vacunes, dos subgrups:

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



- D'ús freqüent en els viatgers: contra l'hepatitis A, l'hepatitis B, la febre tifoide i la malaltia meningocòccica.
 - D'ús limitat als viatgers amb riscs específics: contra la ràbia, el còlera, l'encefalitis japonesa i l'encefalitis centreuropea.

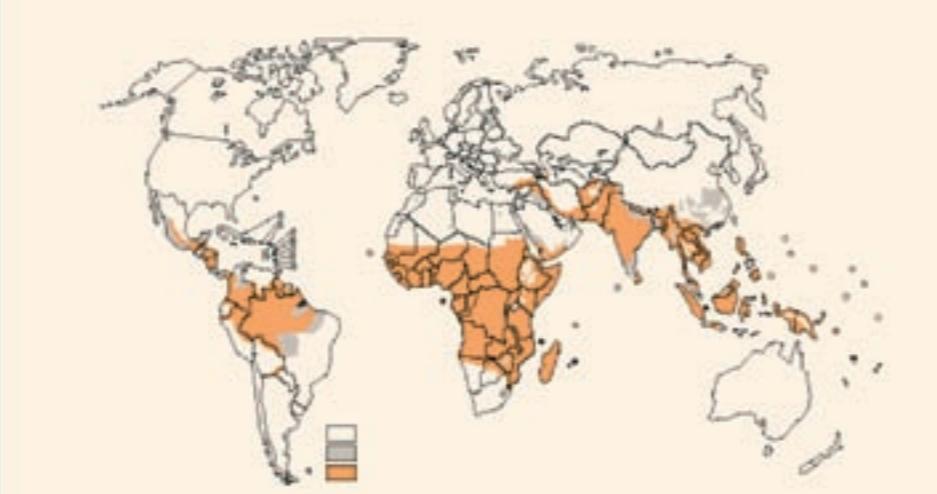
Valoració de la quimioprofilaxi de la malària

El paludisme o malària és una malaltia potencialment mortal freqüent en moltes regions tropicals i subtropicals, que es transmet per la picada d'un mosquit infectat. Actualment és endèmica en més de 100 països d'arreu del món (vegeu el mapa de la distribució actual del paludisme) i en molts casos els viatgers manifesten la malaltia al tornar al seu país d'origen.

En nombrosos països endèmics de Sud-amèrica i Àsia no existeix transmissió de paludisme a les grans ciutats, però el risc sol ser elevat fora d'aquestes àrees, per exemple, en zones rurals. Habitualment, hi ha un risc menor per sobre dels 1.500 metres d'altitud, però si es donen les condicions meteorològiques favorables, la malaltia es pot contreure fins i tot a 3.000 metres. El risc és superior després de l'estació de les pluges.

Com que en l'actualitat no disposem de cap vacuna comercialitzada, cal seguir les quatre normes bàsiques en la prevenció de la malària.

Està molt recomanada la profilaxia contra l'espècie del *Plasmodium falciparum*, que és la responsable de moltes morts. Les altres espècies, *P. malariae*, *P. vivax* i *P. ovale*, provoquen quadres benignes. En qualsevol cas, la decisió final és del pacient. Ell és qui ha de decidir si pren la quimiprofilaxia després de rebre tota la informació necessària des del Centre de Vacunació Internacional.



Distribució actual del paludisme

Precaucions higièniques i consells sanitaris

Les mesures higièniques són fonamentals per evitar moltes de les malalties infeccioses al tròpic. En general, són mesures simples i no resulta difícil seguir-les.

És molt important tenir en compte que ni una bona planificació de les vacunacions ni una quimioprofilaxi ben feta poden substituir les normes higièniques que es recomanen.

Riscos relacionats amb els aliments i les begudes:

Les begudes i els aliments contaminats són la causa més freqüent de malaltia en el viatger. Al gràfic (de la pàgina 23) es pot observar quins són els consells bàsics

◆ *El paludisme és una malaltia mortal que es transmet per la picada d'un mosquit infectat*

- ◆ *Les mesures higièniques són fonamentals per evitar malalties infeccioses dels països tropicals*



Precaucions higièniques i consells que s'han de seguir en el cas de viatjar a un país tropical o a indrets amb varietat de patògens

i humitat, al-lèrgies ambientals), als insectes i a altres animals, als banys i als accidents de trànsit, que són la primera causa de mort dels viatgers.

Prevenció dels riscos relacionats amb l'entorn

El viatger amb menys percepció del risc i, per tant, menys predisposat a consultar els serveis sanitaris, també és el que habitualment farà viatges per lliure, en zones de més risc, en allotjaments menys controlats i durant més temps. També tenen menys percepció del risc els immigrants que van de vacances al seu país d'origen.

En aquests casos hem de fer una tasca important d'educació sanitària, prèvia a qualsevol preparació de viatge.

Les consultes d'atenció primària són el lloc que està més a l'abast de la població per realitzar una part important de l'activitat preventiva que requereix un viatge internacional: consells al viatger i revisió i actualització de les vacunes sistemàtiques i recomanades en viatges de baix risc.

És raonable que els professionals d'atenció primària (AP) siguin els de referència quan es planeja un viatge, ja que aquests són els coneixedors de la història clínica i dels factors de risc, tenen un paper actiu com a educadors i promotores de la salut i són els més propers als usuaris.

El metge i l'infermer d'AP poden considerar les característiques del viatge i del viatger, explicar les mesures higieniques i preventives i donar informació sobre els riscos i la prevenció de les malalties.

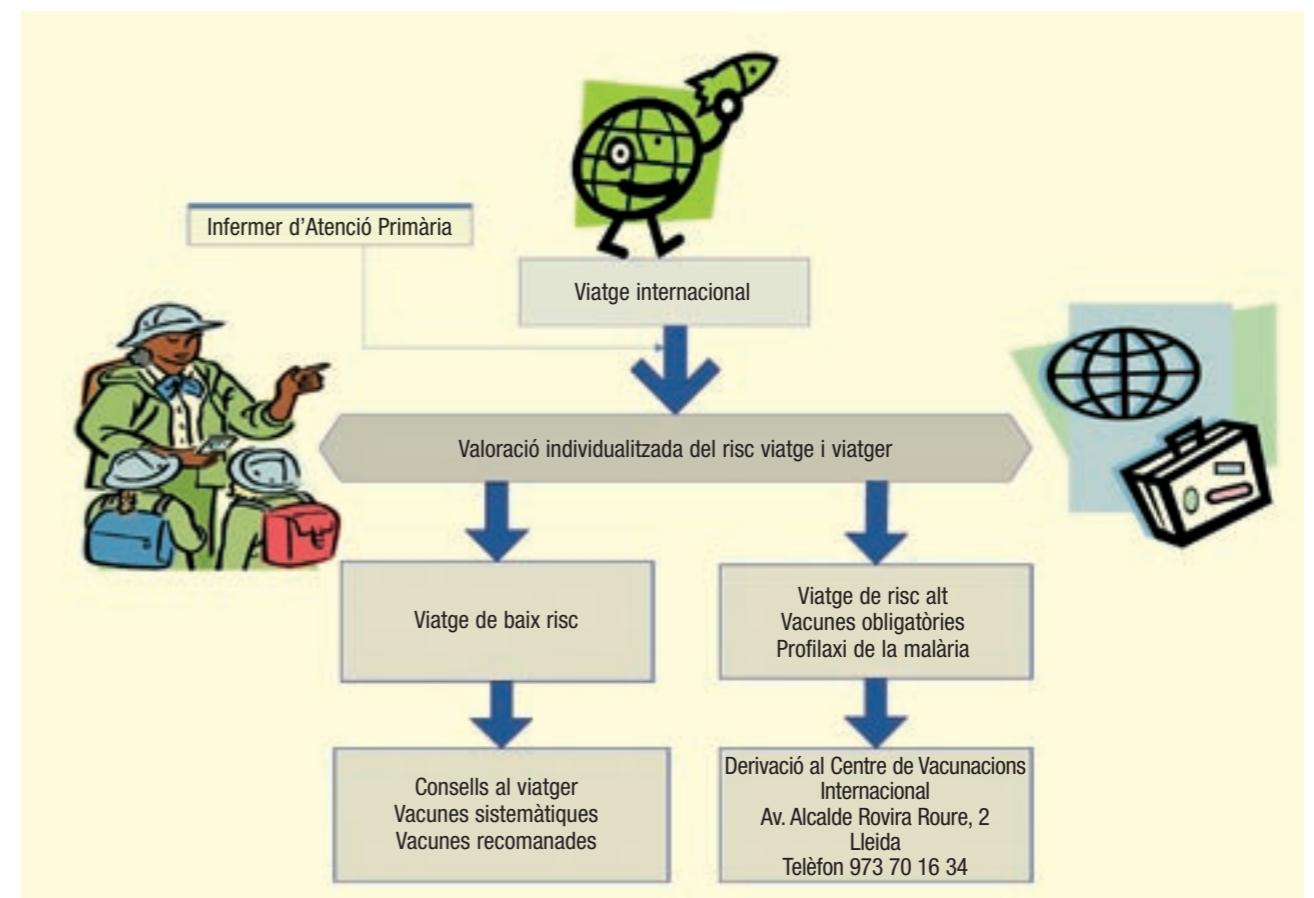
◆ *Els immigrants que van de vacances al seu país tenen menys percepció del risc*

◆ *Cal una correcta coordinació entre els metges d'AP i el Centre de Vacunacions*

nacions Internacional. A la resta del territori, el viatger es deriva al Centre de Vacunacions Internacional.

Recursos a Internet

1. Atenció al viatger: Ministeri de Sanitat i Consum: www.msc.es
 2. International Travel and Health: www.who.int/ith
 3. CDC National Center for Infectious Diseases. Traveler's Health: www.cdc.gov/travel
 4. Generalitat de Catalunya: www.gencat.net/portal/sanitat/vacunes
 5. Associació Espanyola de Vacunologia: www.aev.es
 6. Groupe Suisse de Travail pour les Conseils Médicaux aux Voyageurs: www.safe-travel.ch
 7. Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional: www.viajarsano.com
 8. Informació sanitària per viatjar amb salut: www.viajartranquilo.com
 9. Guia pràctica de vacunació de C.A. Köhler: s'hi pot consultar el calendari de vacunes d'Amèrica. www.guiadevacunacion.com.ar/



Estructura y cultura organizacional

Dr. Luis D. Capacete Novo · Médico de familia

Entre los profesionales de asistencia primaria (AP) abundan el desaliento por las condiciones de trabajo y la desconfianza a que se pueda realizar una buena praxis profesional en el marco de un sistema público sanitario, ello les hace muy permeables a los postulados de los nuevos modelos de gestión casi siempre tendentes a mezclar de forma parasitaria los ámbitos público y privado cuando no a privatizar abiertamente el ámbito de la sanidad pública. Ello es comprensible ya que desde los inicios de la reforma sanitaria se desvirtuó su sentido y se fueron poniendo en práctica paulatinamente las tesis de la llamada Nueva Gestión. En los últimos 20 años no ha existido ninguna otra forma real de gestión y numerosas cohortes de profesionales de la AP no han vivido otra experiencia, de manera que se ha instalado en ellos la idea de que no es

- ◆ **Los modelos de gestión tienden a mezclar los ámbitos público y privado**
- ◆ **Se ha producido una abstracción del significado del trabajo del profesional**

posible otra forma de organizarse en el ámbito público. Por otra parte, esa situación, como veremos, ha generado un pernicioso divorcio entre gestores y profesionales asistenciales. La hipótesis central del presente artículo es que se ha producido una abstracción total, no siempre desinteresada, del verdadero significado del trabajo del profesional asistencial.

Entre los diversos factores que pueden influir en este estado de cosas nos referiremos a dos aspectos de la estructura organizacional del sistema sanitario —cada uno con su punto de tensión—, el tipo de estructura y la cultura organizacional.

1- En la estructura organizacional hay una incongruencia entre el tipo de trabajo que realizan los profesionales asistenciales y la estructura organizacional en la que ejercen sus labores.

2- En la cultura organizacional hay una coexistencia en conflicto de diferentes culturas organizacionales, se profundiza una crisis, ya secular, por un conflicto de valores entre los diferentes grupos profesionales del sistema. Aquí nos limitaremos al conflicto surgido entre los valores que defienden los gestores y los que representan los profesionales asistenciales.

A- Una estructura inadecuada

En este apartado vamos a seguir a H. Mintzberg, frecuentemente citado por nuestros gestores aunque de forma muy sesgada. Los términos y las frases utilizadas en su texto se han respetado totalmente. Para ello creo

necesario apuntar unos ligeros rudimentos de teoría de estructura de las organizaciones.

1.- Esquema de la estructura organizacional. El siguiente cuadro presenta el esquema del autor para representar las diferentes partes de la estructura organizacional y sus flujos de autoridad:

La tecnoestructura tiene una gran importancia por su papel en la normalización de los trabajos, no por su participación en el flujo de autoridad, los analistas de la misma pueden planificar, diseñar, incluso cambiar el flujo de autoridad, pero no participan en él, la tecnoestructura sólo resulta efectiva cuando puede recurrir a técnicas analíticas para hacer más efectivo el trabajo ajeno.

2- Mecanismos de coordinación de las organizaciones. Son los elementos fundamentales de estructura, ya que "son las formas en que las organizaciones coordinan su trabajo". El autor considera que hay cinco mecanismos (fig 2) y que "...a medida que el trabajo de la organización se vuelve más complicado, los medios de coordinación primordiales van cambiando, de la adaptación mutua a la supervisión directa y luego a la normalización, preferentemente de los procesos de trabajo; en caso necesario, se pasa luego a la de resultados y de las habilidades, sucesivamente, revirtiendo por último otra vez a la adaptación mutua", a la que considera el único posible en condiciones extremadamente difíciles.

3- Burocracia maquinaria. Según Mintzberg, es la que acaban imponiendo los gestores produciendo las disfunciones que veremos más adelante. Es la estructura burocrática que todos conocemos, la que mejor se adapta al esquema de la figura 1 y que se aplica en la mayor parte de la Administración. Tiene las siguientes características:

Es idónea para trabajos sencillos, repetitivos y rutinarios, como la producción en serie. Su fuerte no es la innovación, sino la eficiencia. El principal mecanismo de coordinación es la normalización de los procesos de trabajo, aunque la supervisión directa está muy presente. La parte fundamental de la organización es la tecnoestructura y tiene una elaborada estructura administrativa. El poder de decisión está muy centralizado en los directivos del ápice estratégico y la toma de decisión suele seguir la cadena de decisión formal.

Existe una elevada formalización del comportamiento y de los procedimientos con proliferación de reglas y normas, la comunicación formal en todos los niveles de la organización se realiza a través de los documentos, de ahí su importancia, la propia receta médica es un documento administrativo.

La burocracia maquinaria es una estructura obsesa por el control, lo que reduce incertidumbre pero genera

1. Adaptación mutua: consigue la coordinación del trabajo mediante la simple comunicación informal. El control del trabajo está a cargo de los que lo hacen.

2. Supervisión directa: una persona se responsabiliza del trabajo de los demás, dándoles instrucciones y controlando sus acciones.

3. Normalización del trabajo: el contenido del trabajo queda especificado, cada trabajador tiene programados los pasos que ha de dar y no tiene que preocuparse de lo que hacen los demás.

4. Normalización de resultados: se especifican los resultados que hay que lograr, p. ej., las dimensiones del producto, el rendimiento, etc., pero no cómo hacerlo ni la ruta que se debe seguir.

5. Normalización de habilidades: cuando queda especificado el tipo de preparación requerida para la realización del trabajo.

Figura 2. Mecanismos de coordinación de las organizaciones

núcleo de operaciones es la parte central de esta organización y junto con el staff de apoyo son las únicas partes plenamente elaboradas.

La tecnoestructura y la línea media de gestión no están muy elaboradas debido a que la necesidad de planificación o de formalización de trabajo de los profesionales es muy limitada. Es una estructura fuertemente descentralizada, los directivos son los más débiles de todas las configuraciones estructurales, pero distan de ser impotentes (individualmente pueden ser más poderosos que el propio profesional).

Forma de trabajo. En estas organizaciones, el núcleo de operaciones tiene un control considerable sobre su propio trabajo y es relativamente independiente del de sus colegas, pero en estrecho contacto con su clientela. Se trabaja por encasillamiento —un repertorio de programas normativos que se aplican a situaciones tipo o contingencias que también están normalizadas, en nuestro caso, protocolos de diagnóstico y de tratamiento. Es ese proceso el que permite separar las tareas y asignarlas a profesionales individuales relativamente autónomos, lo que no niega la existencia de incertidumbre. En la burocracia maquinaria no hay que hacer diagnóstico alguno, en la profesional es una parte fundamental del proceso.

Los procesos de trabajo son demasiado complejos para ser normalizados directamente por los analistas o supervisados directamente. Sus outputs no se prestan a la normalización, eso dificulta fijar objetivos, la noción de estrategia (una sola pauta integrada de decisiones comunes a toda la organización) pierde en gran medida su sentido. Las estrategias de la organización serán las del profesional individual y las de las organizaciones profesionales situadas fuera de la misma. Suelen existir una fuerte demanda de sus servicios y el profesional suele identificarse más con su profesión que con su organización.

Forma de coordinación. Es la normalización de habilidades y conocimientos ("el sistema funciona porque todos saben que los demás tienen idea de lo que está pasando"). A pesar de esa normalización, la libertad de acción es considerablemente alta a la hora de aplicarlos. El objetivo es la interiorización de las normas que sirven al cliente y coordinan el trabajo profesional, esas normas surgen fuera de su propia estructura. La autoridad es de tipo profesional y no jerárquico (como en la maquinaria), es el poder del experto. No se puede recurrir extensamente a la formalización del trabajo profesional ni a sistemas que lo planifiquen o controlen (protocolos y objetivos uniformes). La supervisión directa y la adaptación mutua obstaculizan la

Estructura de la organización. El

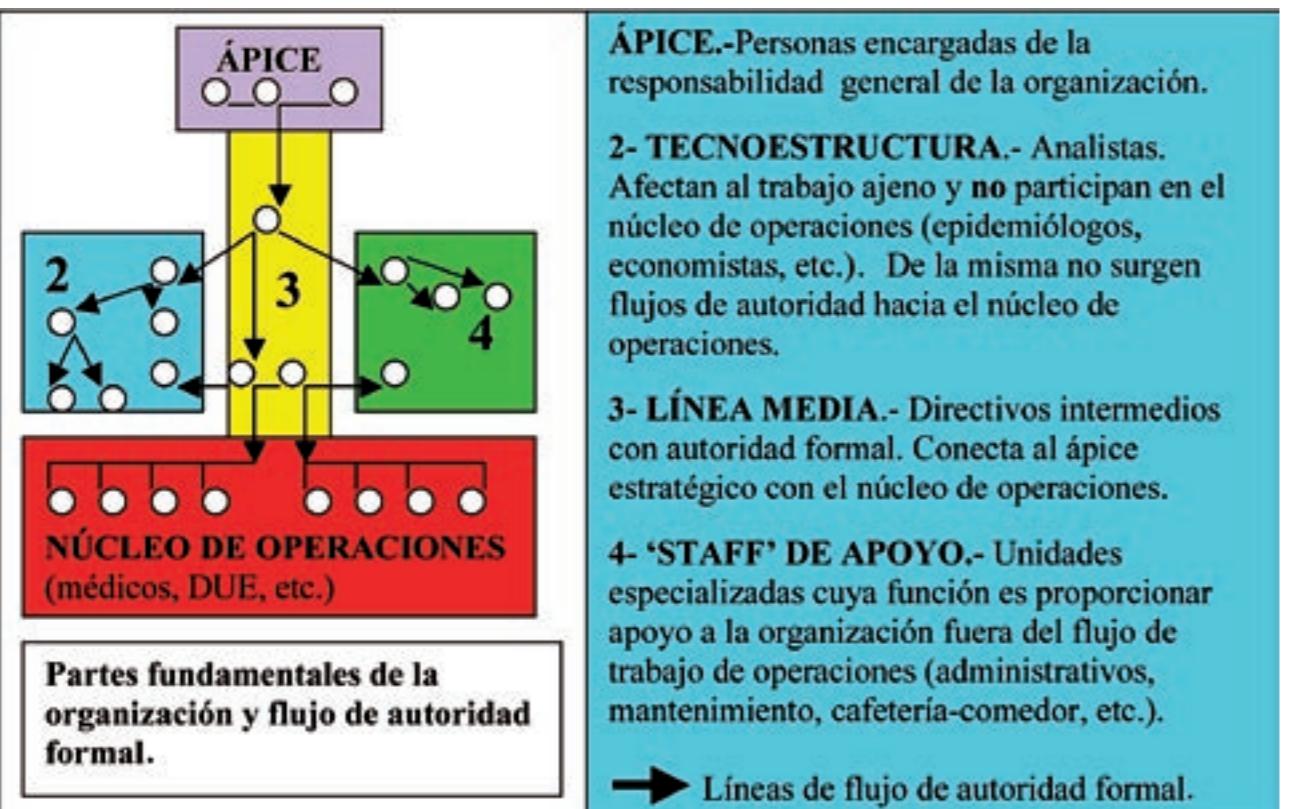


Figura 1. Esquema de la estructura organizacional y sus flujos de autoridad

estrecha relación entre el profesional y sus clientes, esa relación se apoya en un alto grado de autonomía profesional, en la libertad de no tener que responder ante órdenes directivas y de poder consultar continuamente a los colegas.

5- El disloque y sus consecuencias. Si aceptamos las afirmaciones de H. Mintzberg, es evidente que existe un disloque entre el tipo de trabajo (complejo y especializado) y la estructura organizacional aplicada (burocracia maquinal), con sistemas de control-supervisión inadecuados, con un papel de los directivos excesivamente importante, un staff de apoyo no debidamente desarrollado, la hipertrofia de la línea media de gestión que se ha apropiado del papel de la tecnoestructura imponiendo sus criterios de empresa ya que está en el flujo de autoridad. Para ello, es útil considerar al profesional del núcleo de operaciones como un objeto y desvalorizar el carácter de su trabajo.

Así se llega a una situación en que el administrador no profesional ve los problemas como consecuencia de una falta de control externo del "asistencial" y de su profesión, se potencian mecanismos de control-coordinación inadecuados (la supervisión directa) y la normalización de los procesos de trabajo y de los productos finales. Además, se impone un nivel de supervisión intermedio, preferiblemente con un estrecho "ámbito de control" (afezándose al dogma de los conceptos clásicos de autoridad) para que vigile a los profesionales. Eso se basa "en la presunción de que el trabajo profesional puede ser controlado como los de otro tipo, de modo descendente, suposición que ha demostrado ser falsa una y otra vez. Las otras formas de normalización, por su parte, sirven a menudo únicamente para obstaculizar y desanimar a los profesionales.

Los procesos de trabajo complejos no pueden ser formalizados mediante reglas y los resultados finales imprecisos no pueden normalizarse mediante sistemas de planificación y control. Sólo se consigue mediante formas mal planteadas que programan comportamientos erróneos y miden resultados indebidos, obligando al profesional a jugar el juego de la burocracia maquinal, satisfaciendo las normas en vez de a los clientes".

"El hecho es que el trabajo complejo no puede realizarse efectivamente si el operario encargado de ejecutarlo no tiene control sobre él... Un excesivo control del trabajo profesional en sí conduce... [a que] el poder de decisión fluya de los operarios hacia los directivos y luego hacia los analistas de la tecnoestructura, lo que equivale a un remedio tan malo como la enfermedad misma. Los controles tecnocráticos no mejoran el trabajo de tipo profesional,

ni saben distinguir entre el comportamiento responsable e irresponsable, limitando tanto el uno como el otro" y "...no sirven más que para reducir el carácter concienzudo del profesional", además, "desequilibrar también la frágil relación entre el profesional y el cliente, relación predicada en un contacto personal libre de impedimentos entre ambos". Por otra parte, los controles externos pueden reducir los efectos incentivadores de perfección, incluso de innovación, al perder los profesionales el control sobre su propio trabajo se vuelven pasivos y el trabajo del administrador profesional se vuelve más difícil todavía, situándolo entre dos fuegos

Para concluir esta amplia vampirización de Mintzberg, una recomendación suya: "Cuando se produce una resistencia a cambios, lo mejor que puede hacer la sociedad es un llamamiento al sentido de la responsabilidad pública del profesional o, de no ser ello posible, crear presiones sobre las asociaciones profesionales en vez de sobre las burocracias."

B.- La crisis en la cultura organizacional

Actualmente hay un distanciamiento importante entre las culturas organizacionales de los profesionales asistenciales y la de los gestores que son los ejecutores de unas directrices surgidas de una determinada concepción de lo que debe ser el sistema sanitario, que suelen chocar frontalmente con las de los primeros. En este apartado seguiremos a J. Irigoyen para realizar la exposición.

La cultura organizacional del sistema. Según el citado autor, las organizaciones generan una forma específica de percibir e interiorizar la realidad y dar respuestas de acuerdo con la lógica de todo el proceso de construcción de la realidad, eso es lo que se llama sistema cultural de una organización; esa cultura sería el reflejo de todo el sistema de relaciones de la organización que generaría un esquema compartido de creencias que orientaría toda la vida de esas organizaciones y se impondría a todos los miembros, una crisis cultural, en ese sentido, se traduciría en una quiebra de los afectos y fidelidades tradicionales con el peligro de que se instauren sentimientos negativos y respuestas afectivas contrarias a la propia organización, ello va ligado a las actitudes disfuncionales más o menos extendidas en algunas organizaciones.

En el caso concreto de la reforma sanitaria española, Irigoyen ve dos fases, la primera a principios de los 80 y la segunda en los 90, y afirma que se ha producido una desestructuración del sistema cultural con la formación de diversas subculturas organizacionales escasamente compatibles entre sí. En la primera fase, explica esa des-

estructuración por la confrontación de dos culturas, la de los reformadores salubristas, imbuidos por la idea de tener una misión trascendente —la reforma del sistema sanitario—, con propuestas muy abstractas y holísticas muy influidas por las ideologías radicales de izquierda y con una visión rupturista con los sectores profesionales dominantes en el viejo sistema. Estos reformadores son minoritarios y heterogéneos —economistas, profesionales con formación en salud pública y ciencias sociales, etc.—, coexistiendo orientaciones ideologizadas con orientaciones tecnocráticas. La otra cultura es la de la profesión médica.

Los reformadores se imponen en el aparato directivo, "que se nutre de una tecnoestructura voluminosa, y los médicos consiguen conservar su hegemonía en el aparato asistencial". Esa confrontación abierta entre ambos grupos se produce "en un estado de efervescencia negativa que genera heridas emotivas difíciles de restañar". El resultado será el enroque de las dos partes y, ante la imposibilidad de una victoria clara, el desarrollo de estrategias de desgaste y debilitamiento del adversario para obstruir sus proyectos, la parálisis de la reforma y la génesis de "un modelo distinto del propuesto originalmente, que representa el compromiso final entre las fuerzas participantes en la lucha por el poder..." "La incompatibilidad entre gestores y profesión médica va a derivar en un intento de disminuir el poder de los médicos, para lo que instrumentan políticas de personal que tienden a la desprofesionalización de los mismos, equiparándolos al estatus de funcionarios. La imposición de retribuciones fijas sin relación con las cargas de trabajo y el aumento del control burocrático sobre su actividad constituyen los instrumentos más visibles para la reducción de ese poder."

Los resultados que describe Irigoyen no pueden ser más desoladores: "La reforma sanitaria desencadena un conflicto recurrente de gran intensidad que contribuye a la desorganización del sistema..." "El desarrollo de actitudes y comportamientos destructivos por parte de los participantes (...) genera un orden perverso que afecta a los contratos y relaciones mismas entre los sectores que constituyen la organización, se instalan en la cotidianidad componentes irrationales basados en prejuicios, dogmas e ideologías que fomentan el oscurantismo e impulsan prácticas grupales autoritarias." Además de quedar una situación en la que "todos los actores se encuentran en posiciones defensivas, los médicos salen de una etapa amenazadora de su estatus organizacional que cuestiona su papel. Los segmentos más activos de la enfermería se lamentan por las promesas incumplidas de la reforma, que genera expectativas no alcanzables. Los sectores de la tec-

GESTORES	ASISTENCIALES
Valores adquiridos en la empresa	Valores adquiridos fuera de la empresa
Formación economicista neoliberal	Formación médica
Concepción biomédica reduccionista- asistencial	Concepción holística (asistencia, prevención, promoción y educación para la salud)
Directrices económico-políticas	Directrices técnicas
Gestión de la clínica	Clínica gestionada (control técnico-médico)
Objetivos económicos	Objetivos: excelencia profesional médica
Burocratización	Desburocratización
Desvalorización del acto médico y del ejercicio profesional	Elevado concepto de la profesión. Autorresponsabilización.
Realidad diferida: los indicadores	Realidad inminente: el paciente

noestructura se proyectan al futuro mediante un ajuste duro en el que tienen que abandonar sus supuestos salubristas y lo sustancial de su teorización acerca de la organización sanitaria."

La segunda fase de la reforma tiene, según Irigoyen, un carácter más tecnocrático y pragmático, con unos objetivos más modestos. Los objetivos son conseguir un sistema eficiente, el control de los costes, que genere satisfacción a los usuarios, y vincular a los profesionales. Intentan ser un modelo de gestión empresarial, pero que choca con el carácter de organización burocrática y centralizada del sistema sanitario acentuada por la primera reforma. Los directivos asumen las ideas dominantes de la época, es decir, las de gestión empresarial, pero actúan con la lógica burocrática clásica, al final los directivos no pueden ejercer ningún liderazgo sobre los médicos, se produce una crisis de conocimiento en el ápice y el núcleo de la organización, disminuye el estigma asociado a los médicos y supone, en fin, la resurrección del núcleo de operaciones como centro o eje de la reforma a pesar del "asalto de la racionalidad económica y empresarial a la racionalidad clínica de los profesionales".

C.- Un conflicto de valores

Estos dos puntos de tensión descritos nos llevan a un fuerte distanciamiento entre los gestores y los

profesionales asistenciales en el que subyace un fuerte conflicto de valores. Podemos resumir algunos de los puntos de anclaje de ese conflicto:

A un lado tenemos a los gestores, casi todos desligados de la medicina asistencial, con valores adquiridos en la empresa o en escuelas de economía y gestión empresarial con un patrón de conocimientos casi exclusivamente neoliberal, con una mayor permeabilidad a los valores de empresa y con la aceptación y el uso de indicadores de actividad inadecuados, han ido hipertrofiando la línea de gestión y ha llegado a convertirse en un "Deus ex machina" que logra imponer sus criterios al ámbito político con frecuencia, y han introducido los principios de la "Nueva Gestión" que han desvirtuado el llamado espíritu de la reforma sanitaria de los 80. En frente, los asistenciales, con valores adquiridos fuera de la empresa y potenciados por el contacto diario con los usuarios.

Otras consecuencias han sido, además, la disminución del poder y del número real de los profesionales asistenciales, políticas de personal que tienden a la desprofesionalización y a la funcionarización, con un aumento del control burocrático. El informe como instrumento de control de la actividad. Imposición del concepto hombre-máquina para el paciente (sólo asistencia) y para el profesional (masificación y producción en serie). La usurpación del papel de la tecnoestructura real y de sus conocimientos técnicos por parte de la línea media de gestión lleva a obviar el patrón epidemiológico actual y a promocionar objetivos inadecuados para las necesidades sanitarias reales de la población. La búsqueda de la eficiencia por parte de la gestión se desarrolla con estrategias y medidas que frecuentemente contravienen los valores de los profesionales, para justificar la imposición de las mismas proceden a una abstracción total y constante del verdadero significado del trabajo de éstos, desvalorizándolo y desvirtuándolo.

Hay que decir que la existencia de una estructura organizacional inadecuada puede derivarse en parte de la vinculación del sistema sanitario a la Administración, pero la persistencia y potenciación del hecho no es casual, fomenta la sensación de poder y control aún a costa de perder eficiencia. Pero no es la única estructura organizacional posible dentro de la sanidad pública, aunque las experiencias que lo demuestran se han hecho, hasta el momento, con gestión no pública.

NOTAS

1 Henry Mintzberg. *La estructuración de las organizaciones*. Ariel Economía. Barcelona, 1991.

2 J. Irigoyen. *La crisis del Sistema Sanitario en España. Una interpretación sociológica*. Universidad de Granada, 1996.

◆ **Las diferencias entre los gestores y los asistenciales han ocasionado un conflicto**

◆ **Los gestores han hipertrofiado la línea de gestión hasta imponer sus criterios**

◆ **Una estructura organizacional inadecuada puede derivarse de la vinculación del sistema a la Administración**

Nutrición en pacientes con enfermedades neurológicas: enfermedad de Parkinson

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

La enfermedad de Parkinson es un trastorno evolutivo caracterizado por alteraciones neurológicas de carácter motor, psíquico y funcional que con frecuencia interfieren en la conducta alimentaria y, secundariamente, en el estado nutricional. Algunos componentes de los alimentos pueden interferir en la evolución de la enfermedad.

Fisiopatología

La enfermedad de Parkinson se debe a una degeneración neuronal de causa no filiada, pero se cree que puede ser multifactorial y que se traduce en una disminución gradual de la producción de dopamina, que coincide con la aparición de la sintomatología: hipertonia y rigidez, temblor de reposo, lentitud y disminución de los movimientos voluntarios, todo lo cual les da a los pacientes una faz inexpresiva y una postura y una marcha características.

La enfermedad es de carácter progresivo e incapacitante y se manifiesta entre los 40 y 70 años, aunque es más frecuente a partir de los 60.

El tratamiento con levodopa, precursor de la dopamina, mejora de manera significativa la sintomatología, pero se ha demostrado que algunos aminoácidos de la dieta (especialmente aminoácidos de cadena larga como leucina, valina, metionina y tirosina) pueden interferir la biodisponibilidad del fármaco al dificultar la absorción y competir su transporte a nivel intestinal. También se ha demostrado que, tras una abundante ingesta proteica, la acción de la levodopa puede afectarse a nivel central debido a una elevada concentración de aminoácidos.

Aspectos nutricionales

En fases avanzadas de la enfermedad, los pacientes suelen tener tendencia a la desnutrición debido a la disminución de la ingesta, al aumento de las necesidades energéticas y, en ocasiones, a la restricción de la ingesta proteica con relación al tratamiento con levodopa.

1- La disminución de la ingesta en estos pacientes se puede deber a múltiples causas que dificultan su alimentación, como se recoge en la tabla 1.

2- Aumento de las necesidades energéticas. En fases avanzadas, el elevado tono muscular permanente y episodios prolon-

gados de movimientos involuntarios pueden aumentar el gasto energético de los pacientes, pero en etapas en las que la movilidad está ya muy disminuida este aumento ya no se produce.

3- Restricción proteica en el tratamiento con levodopa. Debido a que, como se ha dicho anteriormente, algunos aminoácidos pueden interferir en la absorción intestinal y el paso de la barrera hematoencefálica de levodopa, parece razonable controlar la ingesta proteica en estos pacientes. Sin embargo, las dietas hipoproteicas pueden predisponer a la deplección proteica y de otros elementos, como el calcio. Por eso, se aconseja que la modulación de la ingesta proteica sea moderada y se regularice su ingesta, como se especifica más adelante.

Tratamiento nutricional

Por todo lo anteriormente expuesto, la alimentación en el paciente con enfermedad de Parkinson tiene una gran importancia y adquiere la dimensión de rango terapéutico. Las recomendaciones nutricionales irán encaminadas a conseguir los siguientes objetivos nutricionales:

1- Modificaciones de la dieta para asegurar la ingesta de energía y de nutrientes que permita el mantenimiento de un correcto estado nutricional.

- Controlar el peso del paciente, teniendo en cuenta el grado de su movilidad o la capacidad para ingerir cantidades de alimentos suficientes.

- Asegurar un correcto aporte energético: utilizar alimentos con alta densidad nutricional.

- Manejar horarios regulares: ingestas ricas en carbohidratos en las tomas durante el día y fuentes proteicas de alto valor biológico (carnes, pescado, huevos, derivados lácticos) por la noche.

- En caso de alteraciones de masticación o deglución, pueden utilizarse suplementos en forma de purés y papillas: Resource® Puré, Resource® Cereales Instant, Resource® Compota de Frutas, etc.

- En casos de disfagia, se puede modificar la consistencia de los líquidos con espesantes (Resource® Espesante, Nutilis®).

- Si la ingesta es insuficiente, pueden añadirse suplementos nutricionales (Resource® 2.20, Resource® Energy, Meritiene® Complet, Meritiene® Drink, Pentadrink® Ensue® Plus Drink).

2- Optimizar el tratamiento con L-dopa mediante la modulación de la dieta.

- Asegurar el aporte proteico que cubra las recomendaciones de 0,8 g/kg/día. Evitar las dietas hipo e hiperproteicas.

- Evitar la administración conjunta de L-dopa con la dieta para impedir la interacción con las proteínas: administrar la L-dopa 1 hora antes de las comidas.

- En pacientes con fluctuaciones del tratamiento, las tomas de medicación se habrán de distanciar más de las comidas.

- Puede hacerse una redistribución horaria de la ingesta proteica: restricción de la ingesta proteica durante el día (<de 10 g) y el resto de la ingesta por la noche (cena y resopó).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- De Cos, A.I.; Gómez Candela, C. "Recomendaciones nutricionales en la enfermedad de Parkinson". En: *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Eds: M. León y S. Celaya. Novartis Consumer Health. Barcelona, 2001.
- 2- Vilarasau, M.C.; Virgili, C.; Pita, A.M.; et al. "Enfermedad de Parkinson: la alimentación como terapia". *Rev Neurol*, 1991; 98:153-158.
- 3- Salas-Salvadó, J. "Distribución horaria del aporte proteico en la enfermedad de Parkinson". En: Salas-Salvadó, J.; Bonada, A.; Trallero, R.; Salo, M. *Nutrición y dietética clínica*. Ed. Doyma. Barcelona, 2000.
- 4- Karstaedt, P.J.; Pincus, J.H. "Protein redistribution diet remains effective in patients with fluctuating Parkinsonism". *Arch Neurol*, 1992; 49:149.
- 5- Gómez Candela, C.; De Cos, A.I. "Enfermedad de Parkinson". En: *Manual de práctica clínica de nutrición en geriatría*. Ed: P Gil y C Gómez Candela. Nutricia. You & Us, SA. Madrid 2003.

CAUSAS	EFFECTOS	CONSECUENCIAS
Alteraciones motoras	Disminución de la capacidad para realizar movimientos coordinados Tremor de las manos Dificultad de salivación y masticación	Disminución de la ingesta
Pérdida del apetito	Alteraciones neurológicas hipotalámicas	Rechazo de los alimentos
Alteraciones de la deglución	Incoordinación motora	Necesidad de nutrición artificial en casos graves
Efectos adversos de medicamentos	Anorexia Pérdida de sensibilidad olfativa Náuseas Estreñimiento	Disminución de la ingesta

La enfermedad de Parkinson se debe a una degeneración neuronal de causa no filiada



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
eficacions

- Lliure elecció d'especialistes i clíiques 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 clíiques 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
Valcalent, 1-2^a edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASEGUURANCES DE SALUT



MutualMèdica

MutualMèdica

Dels Metges
i per als Metges



*Assegurances
personalitzades
que pinten molt
bé per al metge.*

A Mutual Mèdica ens agrada crear productes plens de color que pinten molt bé per al metge.

Assegurances i serveis totalment exclusius.

Poseu-vos en contacte amb nosaltres a través del CIM i descobriu com tracem el quadre de cobertures per a la vostra vida professional i familiar.



www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com