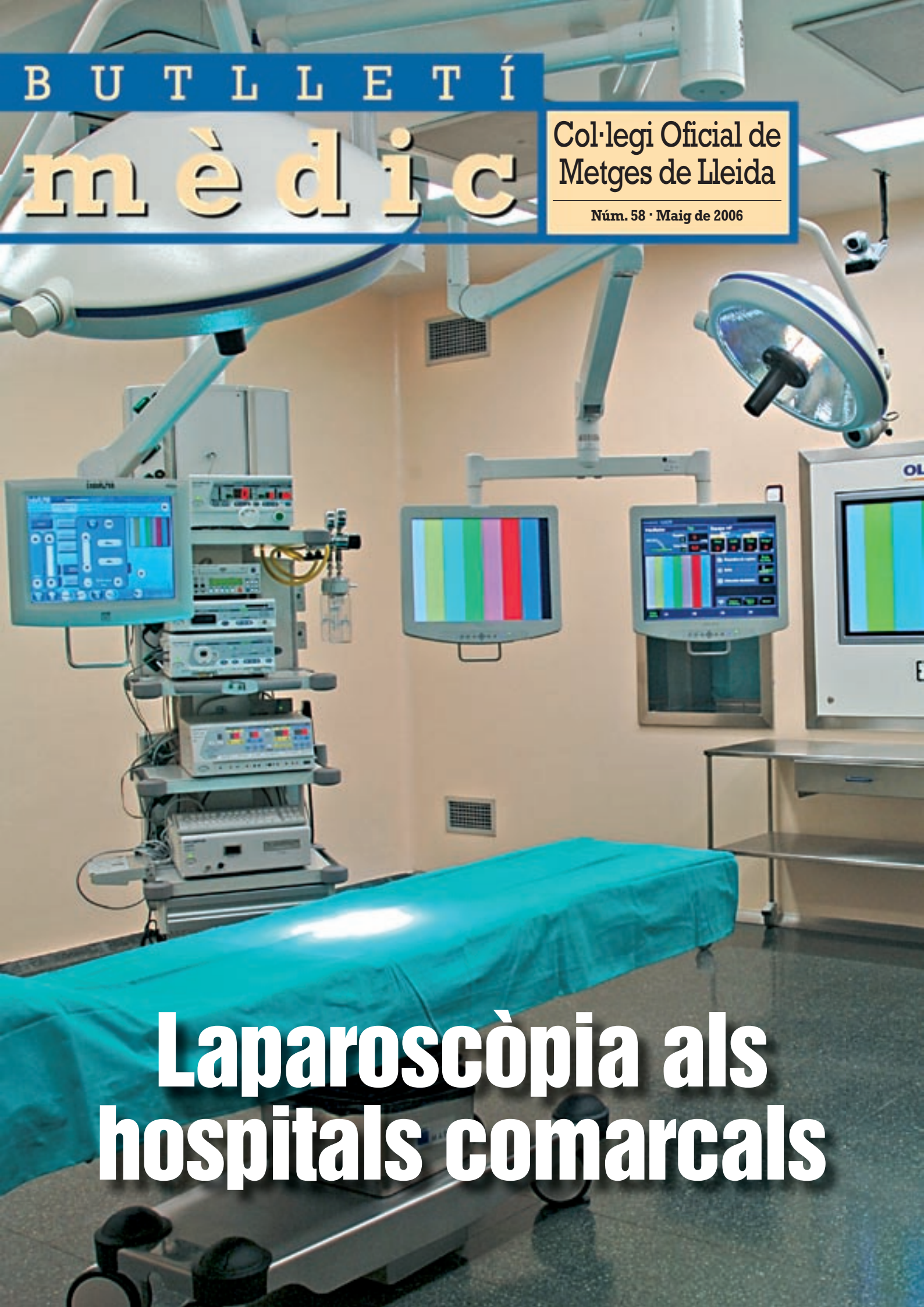




# BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 58 · Maig de 2006

## Laparoscòpia als hospitals comarcals

Número 58, maig 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 Peñasca Pujol  
Josep Pifarré Paradero  
Joan Prat Corominas  
Jesús Pujol Salut  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Antonio Rodríguez Rosich  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
Teresa Utgés Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

### Edició a cura de:

Magda Ballester COMUNICACIÓ

### Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

**Correcció:** Dolors Pont

**Publicitat:** COML

**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

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

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES

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

| OPCIÓ 1                       |                   |
|-------------------------------|-------------------|
| ESPAI CONTRACTAT              | PREU PER NÚMERO   |
| 1 Contraportada externa       | 721,21 €          |
| 1 Contraportada interna       | 480,81 €          |
| 4 Pàgines interiors           | 300,51 €          |
| <b>Preu total insercions:</b> | <b>2.404,06 €</b> |
| OPCIÓ 2                       |                   |
| ESPAI CONTRACTAT              | PREU PER NÚMERO   |
| 6 Pàgines interiors           | 300,51 €          |
| <b>Preu total insercions:</b> | <b>1.803,06 €</b> |
| OPCIÓ 3                       |                   |
| ESPAI CONTRACTAT              | PREU PER NÚMERO   |
| 6 Mitges pàgines interiors    | 150,25 €          |
| <b>Preu total insercions</b>  | <b>901,50 €</b>   |

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

# Crisi de recursos humans

L'OMS descriu la crisi actual de recursos humans per a la sanitat en el seu informe del mes d'abril. L'organització assenyala que hi ha una mancança important de treballadors de la salut aguditzada en els darrers anys per dècades de baixa inversió en educació i per uns salaris baixos. Les emigracions i la concentració de la població en àrees urbanes s'afegeixen a les causes esmentades i, segons l'OMS, provoquen un problema global, que afecta tots els països del món, tant els desenvolupats com aquells que estan en vies de desenvolupament.

Catalunya no és immune a aquest problema. La manca de metges i metgesses per cobrir determinades places de la xarxa pública es vol compensar, ara com ara, amb la importació de professionals d'altres països. Però, no podem ignorar que s'han plantejat dubtes sobre la competència d'alguns d'aquests professionals. L'Administració també cerca a corre-cuita la complicitat de les universitats catalanes per augmentar el nombre de places ofertes en les facultats de Medicina. I, pel que fa a les retribucions i l'entorn professional, les darreres vagues han evidenciat el legítim i just malestar existent.

La conclusió d'aquesta problemàtica és que no hem de deixar, una altra vegada, en mans de la improvisació el present i el futur de la salut de la ciutadania. Les institucions polítiques, els col·legis i la resta de representants dels professionals de la salut han de treballar ja de manera coordinada, realista i positiva.



**MÀXIMA  
COBERTURA AL  
MILLOR PREU**

## Us conduïm pel millor camí

MediMotor és l'assegurança que us ofereix una cobertura d'alt nivell en qualitat i prestacions: cobertures en millora contínua, assessorament especialitzat i el millor servei en cas de sinistre.

Demaneu-nos el pressupost del vostre vehicle per telèfon al 902 113 667 o a les oficines del Col·legi de Metges. També ho podeu fer a través del web [www.med.es](http://www.med.es) o via correu electrònic a l'adreça [medicorasse@med.es](mailto:medicorasse@med.es).



Amb la col·laboració de:



MEDICORASSE, corredoria de segures del CMR, SAU, NIF A-09-498220, DGS, lletre j-826.  
Política de responsabilitat civil i fons d'acord amb la llei 9/1992, de 30 d'abril.

### sumari

## La grip aviària i les mesures per reduir-ne l'impacte

Anàlisi de l'impacte de la grip aviària i mesures de prevenció d'aquesta malaltia infecciosa.

**PÀGINA 8**

## Cures d'infermeria en ostomies

El paper dels infermers i infermeres en els casos de malalties colorectals.

**PÀGINA 22**





La junta del COML va presentar la memòria d'activitats a l'assemblea

## Assemblea de col·legiats

La seu col·legial va acollir l'assemblea ordinària de col·legiats el dia 29 de març. Es va aprovar, amb una esmena, l'acta de l'assemblea de l'any anterior i, a continuació, els doctors Xavier Rodamilans de la O i Carles Querol Vela van presentar l'informe de presidència i la memòria d'activitats, respectivament.

Es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea el balanç i la liquidació del pressupost de l'exercici 2005 i el pressupost del 2006. En aquest cas, la tesorera, Dra. Mercè Pallerola, va informar del contingut dels documents anteriors, després d'haver lliurat als assistents el balanç de situació, el compte de pèrdues i guanys i la liquidació pressupostària del 2005, així com del projecte de pressupost per al 2006.

Pel que fa al Reglament marc de les seccions col·legials, es va aprovar la modificació del nombre de vocals a les juntes de les seccions, amb un mínim de dos i un màxim de cinc. De les seccions col·legials en funcionament es van tractar els següents assumptes: l'aprovació de la liquidació del pressupost del 2005 i del pressupost de l'any 2006 i l'aprovació de la modificació del Reglament de la secció col·legial de metges oftalmòlegs, a l'incrementar-se a cinc el nombre de vocals.

Finalment, es va procedir al lliurament del diploma i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics des de la darrera assemblea, que han estat els següents: Jordi Vilaret Vilar, Pasqual Riu Labrador, Iolanda Solà Huguet, Bernabé Hedo Jiménez, Jacinto Guardia Castelló, Francisco Fontané Franco, Purificación Martínez Ubieto, Fernando Maldonado Pignatelli, Joaquín Garcés Valenzuela, Manuel Ibáñez Regales, José Ignacio Polo Reñé, Manuel Pons Juanati, José García Rivas i Santiago Torres Romaña.



Durant l'assemblea, es va lliurar el diploma i la insígnia als nous col·legiats honorífics (Fotos: Laurent Sansen)

### PRESSUPOST 2005

| INGRESSOS                            |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Venda d'impresos                     | 39.297,50         |
| Subvencions                          | 6.600,00          |
| Altres ingressos de gestió           | 575.351,00        |
| Ingressos financers                  | 14.000,00         |
| Beneficis/ingressos excepcionals     | 600,00            |
| Excessos i aplicacions de provisions | 2.000,00          |
| <b>TOTAL INGRESSOS</b>               | <b>637.848,50</b> |
| DESPESES                             |                   |
| Adquisició d'impresos                | 12.375,00         |
| Variacions d'existències             | 750,00            |
| Serveis exteriors                    | 336.198,50        |
| Tributs                              | 25.500,00         |
| Despeses de personal                 | 236.300,00        |
| Dotació amortitzacions               | 26.725,00         |
| <b>TOTAL DESPESES</b>                | <b>637.848,50</b> |

## 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 del 5 de març i el 3 de maig de 2006, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Convocatòria del VI Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, amb una dotació de 6.000 euros. Data de termini de presentació de candidatures: 4 de setembre de 2006.
- Signatura del conveni de col·laboració entre els col·legis de metges de Catalunya i el Síndic de Greuges de Catalunya.
- Presentació, per part del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, d'un recurs contenciós administratiu amb motiu de la publicació al DOGC del decret pel qual es determina la integració del personal estatutari de l'ICS que percep els seus havers pel sistema de contingent i zona en el sistema de prestació de serveis, de dedicació i de retribucions que s'estableix a la Llei de l'Estatut Marc del personal estatutari dels serveis de salut.
- Concessió, per part del Col·legi de Metges, de diverses col·laboracions per a cursos, congressos, jornades, etc.
- Presentació d'un recurs contra l'expedient d'amortització de places de metge d'APD.

## Moviment de col·legiats

### ALTES

Marta Ripoll Pons, Laura Duch Grau, Neus Montserrat Ortiz, Maria del Carmen Anguita Tolosa, Jesús María Eizaga García, Blanca Adriana Macías Martínez, Maria Àngels Mollo Iniesta, Aleksandra Stachurska, Vanessa Maria Pera Guardiola, Viktoriya Ignatyeva, Alba Marí López, Ramon Aznar Giménez, Aránzazu Royo Ibarben, Jesús Alfonso Gallego Moreno, Sonia Pamela Cabezas Pérez i Vanesa Heras Fernández

### BAIXES

Mes de març: 2  
Mes d'abril: 3



La consellera de Salut, Marina Geli, va visitar el Col·legi de Metges de Lleida i va signar en el llibre d'honor

## La consellera de Salut, Marina Geli, visita el Col·legi de Metges

La consellera de Salut, Marina Geli, va visitar el Col·legi de Metges de Lleida el passat 19 d'abril, on va signar en el llibre d'honor i, a continuació, va dinar amb els membres de la junta. En la visita a la capital del Segrià, Marina Geli es va reunir amb els membres de l'Institut de Recerca Biomèdica a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. La consellera també va impartir la conferència *Balanç 2004-2006 i perspectives de futur de la Regió Sanitària Lleida* a la sala Alfred Perenya de l'Institut Municipal d'Acció Cultural.



La consellera va dinar amb els membres de la junta (Fotos: Laurent Sansen)

## Més de 100 metges participen en la VI Jornada d'Actualització Terapèutica de la CAMFIC

L'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida va acollir, el 7 d'abril, la VI Jornada d'Actualització Terapèutica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Més de 100 metges i metgesses van participar en la trobada, la primera que es feia de manera descentralitzada. En aquest sentit, els organitzadors tenien un repte molt important, ja que en la cinquena edició, celebrada a Barcelona, hi van participar 600 metges de família.

Malgrat les adversitats, com l'horari exclusiu de matí o la manca de substituïts, els organitzadors consideren que la jornada va ser un èxit i la gran participació va demostrar l'interès dels metges i metgesses de família de Lleida per les actualitzacions en terapèutica.

El programa de la jornada es va iniciar, a les 9.30 hores, amb la presentació a càrrec del vicepresident de la CAMFIC, doctor Josep Maria Sagrera; el director de la Fundació Institut Català de Farmacologia (FICF), doctor

Joan Ramon Laporte; el gerent de l'Àmbit d'Atenció Primària de l'Institut Català de Salut (ICS) a Lleida, Plácido Santafé, i el director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, doctor Sebastià Barranco. Tot seguit, a les 9.45 hores, el doctor Laporte va impartir una xerrada sobre *Les necessitats d'informació en terapèutica farmacològica*. El doctor J.A. Schonenberger en va ser el moderador.

Santiago Roura va ser el moderador de la primera taula rodona, que va començar a les 10.30 hores i va incloure tres xerrades. La doctora de la CAMFIC Cristina Carbonell va impartir la primera, *El paper dels nous fàrmacs per a l'osteoporosi: alendronat i vitamina D, teriparatida, ibandronat mensual, ralenat d'estronci*. La doctora Dolors Rodríguez, de la FICF, va pronunciar la segona, *Pacient amb demència amb agitació nocturna freqüent. Rol dels antipsicòtics típics i atípics*. I el doctor Carles Llor, de la CAMFIC, la tercera, *Pacient amb pneumònia o agudització d'infecció de MPOC*

*i al·lèrgic a les penicil·lines. Quin antibiòtic hauria de ser d'elecció?*

La segona taula rodona es va iniciar a les 12.30 hores i Laia Montull, de la CAMFIC, en va ser la moderadora. La doctora Antònia Agustí, de la FICF, va parlar del *Pacient amb cardiopatia isquèmica tractat amb àcid acetilsalílic combinat amb clopidogrel. Què li aporta aquesta combinació?*

El doctor Manel Mata, de la CAMFIC, va dissertar sobre el *Pacient diabètic tipus 2 tractat amb metformina + sulfonilurees i mal control metabòlic. Cal iniciar el tractament amb alguna insulina o cal afegir una glitazona*. I la doctora Sara Bonet, de l'ICS, va fer una xerrada sobre el *Pacient hipertens, diabètic i signes recents de nefropatia. Quin és el seu tractament d'elecció?*

Des del *Butlletí Mèdic* volem agrair l'organització de la jornada a Lleida al Departament de Salut, a la CAMFIC i a la Fundació Institut Català de Farmacologia. Així mateix, volem remarcar la qualitat de les ponències i la bona organització. Només volem dir que trobem a faltar més activitats d'aquest tipus dirigides als especialistes de medicina familiar, professionals que són l'origen de tota la prescripció induïda.

**Dr. Josep Maria Sagrera**  
Vicepresident segon de la CAMFIC

# Activitats del primer trimestre del 2006

La junta de la secció dels sèniors ha celebrat diverses reunions i activitats en el primer trimestre del 2006. Així, la junta es va reunir el 9 de febrer i el 7 de març per tractar els temes aportats a l'assemblea general i a la junta central de Madrid. En les trobades, també es va debatre i organitzar tot el referent a l'excursió del mes de maig.

En primer lloc, cal destacar l'assistència a l'assemblea general de la secció de metges jubilats a Madrid, el 3 de febrer. En la reunió, el representant nacional va explicar les dificultats resultants de la reestructuració d'àrees. El president de l'OMC vol posar la secció dels metges jubilats a l'Àrea de Pacients, mentre que els afectats, que vam mostrar la nostra disconformitat, demanem la creació de l'Àrea dels Grans. A la vegada, els assistents a la reunió van acordar proposar l'estudi de reforma d'alguns articles dels estatuts del 2002. També es va donar compte de la intenció d'organitzar, a la tardor, el I Congrés de Metges Jubilats, per fer aportacions sobre els temes del topall de les pensions, de l'IRPF, del copagament sanitari, etc. Cal dir que la convocatòria d'assemblea general no estava signada ni pel secretari ni pel president de l'OMC.

En segon lloc, la junta dels sèniors de Lleida va assistir a la junta central de la secció (representants autonòmics) a Madrid, el 10 de març. Un cop més, hi ha va haver dificultats en la convocatòria. La data de sortida de Madrid era el dia 9 (el dia abans). A proposta nostra, com a representants de Catalunya, vam llegir un escrit de queixa sobre aquest tema. Es va aprovar, per la totalitat inclòs el representant nacional, fer-ho constar íntegre a l'acta i fer-ho arribar al president de l'OMC. A més, també vam aportar que lamentàvem la desinformació sobre les àrees creades per l'actual president, sobretot quan el dia 9 de febrer s'havien convocat eleccions a representants nacionals de les seccions, entre aquestes la de Metges Jubilats. Vam preguntar quina funció tenia la secció i en quina àrea, una pregunta que es va quedar sense resposta.

En aquest trimestre, els sèniors també vam assistir a l'assemblea del Col·legi de Metges de Lleida, el dia 29 de març. En la reunió, es va aprovar el pressupost per a la secció dels sèniors que, anteriorment, havia estat acordat per la nostra assemblea del dia 21 de



La secció dels sèniors va fer una excursió per terres gironines i va visitar Besalú



Una altra de les parades de la visita guiada va ser Empúries

desembre passat. Així mateix, els sèniors hem ofert la nostra col·laboració, tant al Col·legi com a l'Administració, perquè no es faci mal ús, per part d'algun company, dels talonaris de receptes que se'ns donen als facultatius jubilats. A més, representants de la junta han assistit a les diverses reunions del Butlletí Mèdic els dies 11

de gener, 15 de febrer i 7 de març. Per una altra banda, la junta va enviar informació als metges jubilats i vídues de metges de l'excursió a Girona dels dies 15, 16 i 17 de maig. També es va fer pública la convocatòria del 2006 del concurs artístic de metges de Catalunya.

Dr. Emilià Astudillo

# Excursió a les terres de Girona

La secció de metges jubilats del Col·legi de Lleida va anar els dies 15, 16 i 17 de maig d'excursió a Girona amb motiu de la celebració de la Festa de les Flors. En total, 29 persones, entre metges jubilats, familiars i vídues de metges, van visitar la capital gironina.

Durant els tres dies vam recórrer, amb una guia local, la capital del Gironès, que, engalanada amb multitud de flors per tots els racons, presentava un aspecte extraordinari. Així mateix, vam visitar diversos monuments de la ciutat com el Barri Vell, els Banyes Àrabs, Sant Pere de Galligans, el Barri Jueu, el claustre de la Catedral...

L'excursió es va completar amb les visites a altres ciutats i indrets de la demarcació gironina. Així, vam fer un recorregut per Banyoles, on el vocal de la junta del Col·legi de Girona i responsable dels metges jubilats, el doctor Francisco Cid, es va unir al grup. Tots plegats vam visitar la zona volcànica de la Garrotxa i, en especial, Santa Pau i Olot. El recorregut va seguir per Castellfollit de la Roca i Besalú. A més, també vam viatjar en vaixell pels canals d'Empuriabrava i vam descobrir altres indrets i pobles plens d'encant com Sant Martí d'Empúries, l'Escala, Peratallada i Pals. Cal dir que durant



Més de 25 persones van visitar Girona amb motiu de la Festa de les Flors

els tres dies vam estar allotjats al magnífic hotel Platjapark de Platja d'Aro, de 4 estrelles. En aquesta excursió, una vegada més, vam constatar que, tot i ser prou important el que s'ha

relatat fins ara, es va reafirmar que el millor de les tres jornades va ser l'empatia i la bona relació entre tots els membres del grup.

Dr. Emilià Astudillo

# Joies úniques

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

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · [www.peretena.com](http://www.peretena.com) · Pàrquing Blondel Gratuït

# La grip aviària i les mesures per reduir-ne l'impacte

Un nou virus epizoòtic de grip aviària A (H5N1) ha estat capaç de creuar la barrera d'espècie en diversos països, ha causat un nombre significatiu de morts i ha posat de manifest la possibilitat d'una nova pandèmia<sup>1</sup>. La grip és una malaltia infecciosa que afecta cada any el 25-40% de la població i que està causada per un virus de la família *Orthomyxoviridae*, que inclou els gèneres de virus influença A, B i C. El virus de la grip A és el responsable de les epidèmies que es repeteixen cada hivern (grip epidèmica), el virus de la grip B es presenta generalment en forma de petits brots localitzats i el virus de la grip C, segons sembla, és el responsable, únicament, d'un nombre reduït de casos esporàdics. El nostre objectiu és revisar les causes de la possible pandèmia de grip aviària i les mesures per reduir-ne les conseqüències per a les poblacions.

Les epidèmies anuals de grip es generen per les petites variacions antigèniques (deriva antigènica o *drift*) que es produeixen en les glicoproteïnes de superfície del virus conegudes amb el nom d'hemaglutinina i neuraminidasa. Aquests petits canvis són els responsables de la necessitat d'actualitzar la composició de les vacunes antigripals cada temporada. L'aparició d'una soca antigènica nova del virus de la grip A (canvi antigènic o *shift*) amb un subtipus d'hemaglutinina i/o neuraminidasa no detectat prèviament a l'espècie humana pot donar lloc a una pandèmia, tal com es va constatar en les tres pandèmies que es van donar el segle passat (en 1918, grip espanyola A H1N1; en 1957, grip asiàtica A H2N2; i en 1968, grip Hong Kong A H3N2)<sup>1</sup>.

El principal mecanisme biològic responsable d'aquest fenomen és l'intercanvi genètic (reagrupament o *reassortment*) entre soques gripals humanes i soques aviàries (reservori natural de tots els subtipus). A més a més, des del 1998 s'ha comprovat que hi ha la possibilitat que els éssers humans s'infectin directament de les aus, sense que el virus necessiti un període d'adaptació en l'espècie porcina (brots per soques gripals de tipus A H5N1 i H9N2). Davant l'aparició d'aquestes soques antigènica noves amb capacitat d'infectar l'espècie humana i l'existència d'unes condicions

ecològiques favorables a l'intercanvi genètic, els experts consideren que en un període de temps curt (encara que totalment imprevisible) apareixerà un nou virus de la grip davant el qual els éssers humans no presentaran immunitat i es produirà una pandèmia que en pocs mesos afectarà tota la població mundial.

De fet, les tres condicions perquè es presenti una pandèmia són precisament l'emergència d'un virus de tipus A nou respecte als antigens hemaglutinina i/o neuraminidasa, que la població mundial es comporti com a no protegida i emmalalteixi, i que la soca emergent presenti una elevada capacitat de transmetre's de persona a persona. El virus de la grip aviària altament patogen A H5N1 reuneix dos d'aquests tres requisits<sup>2</sup>. A més, el virus ha augmentat la capacitat d'infectar altres mamífers i continuen apareixent casos en persones infectades amb una alta taxa de letalitat en diferents països. Aquests fets han disparat l'alarma sobre la possibilitat d'una futura adaptació del virus gripal A H5N1 a l'espècie humana.

## La transmissió

Els casos humans de grip A H5N1 han ocorregut de forma paral·lela al gran brot de grip aviària (taula 1), encara que l'epidèmia en el període 2004-2006 només en rares ocasions ha comportat l'aparició de casos en les persones, la qual cosa també indica que la barrera d'espècie per a l'adquisició de la infecció és encara substancial. Tanmateix, la freqüència real de la infecció es desconeix, atès que no hi ha estudis de seroprevalença. A més, l'expansió geogràfica de la grip aviària, que ha afectat més de 47 països des de la Xina fins a Alemanya, assenyalava que en el futur hi pot haver encara més població de risc (taula 3)<sup>3</sup>.

Les aus aquàtiques migratòries, reservori natural del virus, s'infecten sense presentar símptomes. Els virus es multipliquen a l'epiteli intestinal i s'eliminen per la femta en grans concentracions. El mecanisme de transmissió a les aus és per via fecal-oral a partir de matèria fecal d'aus infectades i dipositades a l'aigua. Per tant, la via principal d'entrada és l'oral, encara que també pot ser respiratòria i con-

juntiva. Les aus domèstiques, infectades per les salvatges, emmalalteixen i, alhora, infecten altres aus i molt ocasionalment l'home.

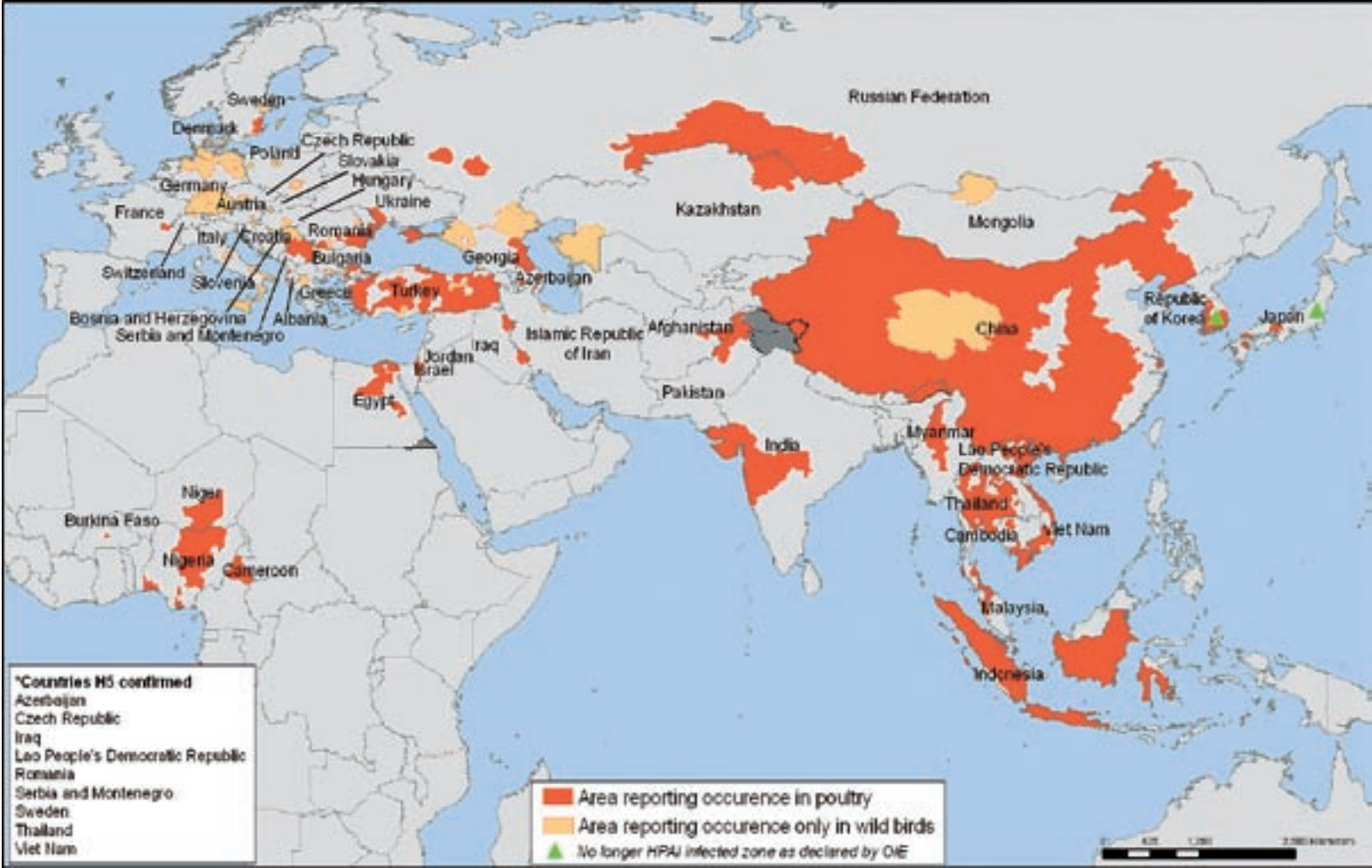
La grip es transmet a les persones per gotes i per contacte directe i també per contacte indirecte a partir de fomites amb posterior autoinoculació a la mucosa conjuntiva o al tracte respiratori superior<sup>4</sup>. Per al virus A H5N1 l'evidència és congruent amb la transmissió d'aus a persones i, possiblement, d'ambient a persones. La possibilitat de transmissió persona a persona és molt reduïda i, en tot cas, no mantinguda fins a la data actual. La transmissió d'aus a persones ja es va demostrar en el brot del 1997, quan la malaltia s'associà a l'exposició a pollastres una setmana abans de l'inici dels símptomes<sup>5</sup>. Més recentment, també s'hi ha implicat l'exposició que es produeix al sacrificar, plomar i preparar aus malaltes per ser cuinades, així com el maneig de galls de competició o jugar amb ànecs infectats asimptomàtics.

El risc de transmissió nosocomial és molt baix, àdhuc en situacions sense mesures d'aïllament, encara que s'hauran d'extremar les precaucions, perquè això podria variar en el futur<sup>4</sup>. El virus de la grip A H5N1 té una alta capacitat de supervivència en el medi i la transmissió per contaminació ambiental és teòricament possible a partir de fomites i la subsegüent autoinoculació a la nasofaringe o conjuntiva<sup>4</sup>.

## Clínica i detecció de casos

El quadre clínic de la grip A H5N1 està basat en les descripcions de casos hospitalitzats i no s'ha establert la freqüència relativa de casos subclínic amb poca simptomatologia o amb presentacions atípiques (com gastroenteritis o encefalitis), encara que algunes sèries de casos assenyalen que totes aquestes presentacions es poden donar en la pràctica clínica<sup>5,6</sup>. El període d'incubació de la grip A H5N1 sembla superior al d'altres virus de la grip A. Els estudis suggereixen un període de dos a cinc dies, tot i que en algun treball s'han assenyalat períodes de fins a vuit dies. La majoria de pacients inicien el quadre clínic amb febre alta (temperatura superior a 38°C) i símptomes del tracte respiratori inferior<sup>1</sup>. En algunes sèries també s'ha observat diarrea, vòmit, dolor abdominal, dolor pleurític i epistaxi<sup>6</sup>, i fins i tot s'ha descrit un cas d'encefalitis i diarrea sense símptomes respiratoris aparents. Les manifestacions pròpies del tracte respiratori inferior com la dispnea es desenvolupen en una mitjana de cinc dies des de l'inici del quadre clínic (rang d'1 a 16 dies)<sup>4</sup>. La majoria dels pacients presenten una pneumònia i les dades microbiològiques apunten que el procés seria el resultat d'una pneumònia viral primària.

La taxa de letalitat entre els pacients



Àrees d'influència del virus H5N1 en aus salvatges des del 2003

hospitalitzats ha estat molt alta (superior al 50%), tot i que és probable que la taxa real sigui més baixa. A diferència del brot de l'any 1997, en què la majoria de les morts es van presentar en pacients més grans de tretze anys, les infeccions recents del virus A H5N1 han causat una alta mortalitat en nens. En concret, a Tailandia<sup>7</sup>, la taxa de letalitat en menors de quinze anys va ser del 89%.

La detecció precoç de casos de grip A H5N1 resultarà determinant per a la correcta vigilància de la pandèmia, el tractament dels malalts, la instauració de la quimioprofilaxi (l'eficàcia dels inhibidors de la neuraminidasa depèn de la precocitat de la seva administració) i les mesures d'aïllament per reduir-ne la transmissió. A més, també serà important per reduir o retardar la difusió de la malaltia en els primers moments. Aquesta detecció i control han d'ésser universals i, per tant, anar més enllà dels sistemes sentinella de la grip i organitzar-se a través del conjunt del sistema sanitari i demanar una estreta coordinació dels sistemes de vigilància epidemiològica amb els dispositius assistencials hospitalaris i d'atenció primària<sup>1</sup>.

En aquests moments, la possibilitat de grip A H5N1 s'haurà de considerar en tots els pacients amb malaltia res-

◆ **La taxa de mortalitat entre els pacients hospitalitzats ha estat molt alta**

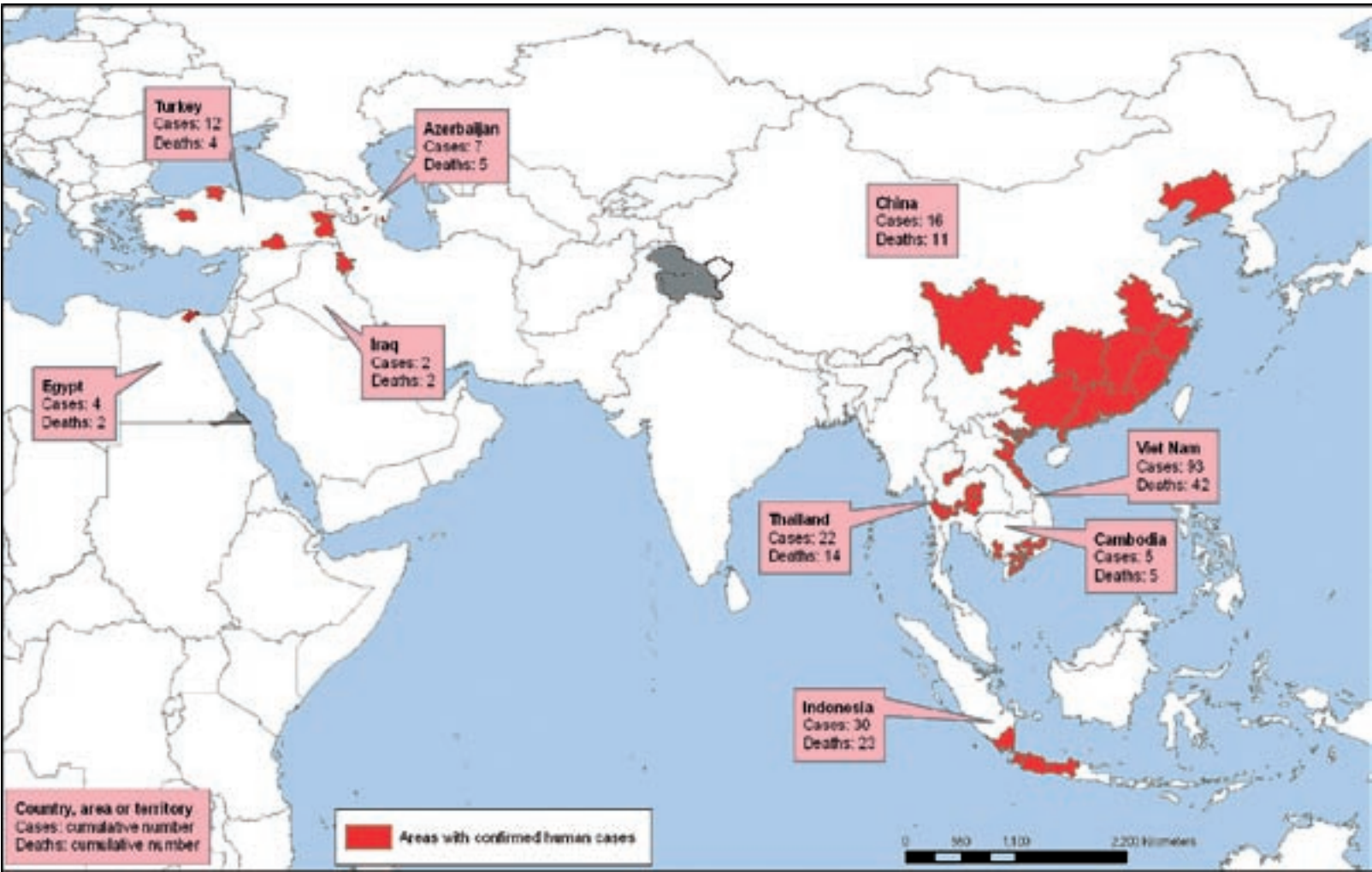
◆ **La detecció precoç resultarà determinant per a la vigilància de la pandèmia**

◆ **La vacunació és la mesura que pot arribar a protegir més població**

piratòria severa en països o territoris amb grip A H5N1, especialment en pacients que han estat exposats a aus domèstiques o salvatges en el període de 7 a 14 dies abans d'iniciar símptomes. En territoris no endèmics s'haurà de pensar en aquesta possibilitat en pacients amb antecedents de viatges a zones endèmiques en els 7-14 dies anteriors o en contacte estret amb viatgers malalts procedents d'aquests països endèmics<sup>1</sup>.

La confirmació de la infecció pel virus A H5N1 pel laboratori requereix un dels següents resultats: aïllament positiu del virus, resultat positiu per PCR-RT de l'ARN del virus A H5N1, una prova d'immunofluorescència positiva per a la detecció de l'antigen mitjançant l'ús d'anticossos monoclonals contra H5 i almenys un augment de quatre vegades del títol d'anticossos específics H5 en parells de sèrums.

En els primers moments, i mentre el nombre de persones afectades sigui petit, els pacients sospitosos d'influença A H5N1 hauran de ser hospitalitzats per aïllar-los i realitzar el seguiment clínic, el diagnòstic i el tractament antiviral. Els pacients hauran de rebre un inhibidor de la neuraminidasa sense esperar els resultats del labo-



Àrees on s'ha detectat el virus de la grip en éssers humans des del 2003

#### VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

ratori. Les dosis actuals d'oseltamivir (75 mg dues vegades al dia en adults durant cinc dies) són les indicades per al tractament precoç i els casos lleus, però, s'hauran d'utilitzar dosis superiors en casos més greus<sup>8</sup>. A diferència del brot de l'any 1997, el virus A H5N1 és altament resistent a l'inhibidor M2 de l'amantidina i rimantidina i, per tant, aquests antivirals no estan indicats.

#### La vacuna

La vacunació és la mesura que pot arribar a protegir un major percentatge de població. Tanmateix, actualment encara no es disposa d'una vacuna comercialitzada contra el virus A H5N1 per a les persones<sup>9,10</sup>. Les vacunes sota estudi han estat poc immunògenes i han necessitat altes dosis d'hemaglutinina o bé la combinació amb l'adjuvant MF59<sup>10</sup> per generar una resposta d'anticossos neutralitzants. Una d'aquestes vacunes basades en soques H5N1 aïllades en el 2004 sembla immunògena a altes dosis d'hemaglutinina, la qual cosa implica la necessitat d'administrar dues dosis de vacuna<sup>10</sup>. També s'han utilitzat tècniques de genètica inversa per generar virus per a la vacuna a partir de

soques recents del virus A H5<sup>11</sup>.

Molt recentment s'han realitzat estudis força esperançadors amb enginyeria genètica, amb protecció del 100% en els estudis fets amb animals<sup>12</sup>. L'avantatge d'aquestes vacunes és que es poden produir en gran quantitat i en un temps molt inferior amb relació a les vacunes tradicionals. S'ha de tenir en compte que per vacunar 2.000 milions de persones faria falta més de 4.000 ous, la qual cosa fa molt difícil poder vacunar gran part de la població en cas de pandèmia. D'aquesta nova vacuna, se'n podria arribar a fer grans quantitats en un temps inferior a un mes. Altrament, la producció de la vacuna, amb els mètodes disponibles, és molt probable que no estigui disponible per a la primera onada epidèmica<sup>1</sup>. Per tant, encara que la vacunació és l'estratègia primària per a la prevenció de la grip, hi ha un nombre probable d'escenaris en els quals s'hauran d'utilitzar altres mesures complementàries com l'ús d'antivirals, els quals, usats de forma estratègica, poden tenir un paper important per disminuir l'impacte de la pandèmia i retardar-ne la difusió.

#### Antivirals

Es disposa de quatre fàrmacs per al

tractament o la profilaxi de la infecció gripal<sup>13,14</sup>: els inhibidors M2 (amantadina i rimantadina) i els nous inhibidors de la neuroaminidasa (zanamivir i oseltamivir). Els inhibidors M2 actuen mitjançant el bloqueig del virus a l'interior de la cèl·lula, només són eficaços contra el virus gripal A, estan associats a un nombre important d'efectes tòxics i generen resistències. A més, aquestes resistències són genèticament estables i es transmeten als contactes susceptibles, la qual cosa en limita l'ús<sup>13</sup>.

Els inhibidors de la neuroaminidasa (zanamivir i oseltamivir) interfereixen en l'alliberament de la progènie del virus gripal des de les cèl·lules infectades, la qual cosa evita la infecció de noves cèl·lules i redueix l'expansió del virus a l'arbre respiratori. Atès que la replicació del virus gripal assolix la seva màxima expressió entre les 24 i 72 hores després de l'inici de la malaltia, aquests fàrmacs que actuen durant l'estadi de replicació viral s'han d'administrar al més aviat possible. A diferència dels inhibidors M2, els inhibidors de la neuroaminidasa presenten poca toxicitat, indueixen menys resistències, són efectius contra tots els subtipus de neuroaminidasa i contra tots els tipus de virus gripal, la qual cosa resulta clau en aquesta fase

de preparació contra la pandèmia. El zanamivir no està disponible per via oral i actualment es comercialitza per ser administrat mitjançant inhalació. L'oseltamivir té una bona biodisponibilitat per via oral i pot ser administrat en càpsules o suspensió<sup>13</sup>.

Quant a l'eficàcia profilàctica, en estudis en adults sans, tant en contactes estrets (profilaxi postexposició) com en profilaxi estacional en la comunitat (preexposició), l'eficàcia d'oseltamivir i zanamivir va ser del 70% al 90%<sup>15,16</sup>, encara que només oseltamivir està aprovat per al seu ús en profilaxi. Un assaig clínic a doble cec també demostrà que l'ús d'oseltamivir en residències d'avis reduïa la incidència de grip confirmada pel laboratori en un 92% i subministrava una protecció addicional en les persones vacunades<sup>15</sup>. També està documentada la major efectivitat de l'oseltamivir quan es realitzen estratègies de detecció precoç i respostes ràpides en brots en residències<sup>15</sup>.

#### Control de la transmissió

El virus de la grip és un reconegut agent de la infecció nosocomial. Les recomanacions en el control de la infecció hospitalària tenen l'objectiu de reduir la transmissió en els treballadors sanitaris i en la resta dels pacients. Els pacients han de ser tractats amb mesures d'aïllament per evitar la transmissió per gotes i per contacte, la qual cosa implica l'ús de mesures d'aïllament pròpies d'aquestes vies, a més de màscara quirúrgica. Com a mesura de precaució i per reduir la difusió en els primers casos de transmissió persona a persona també es recomanarà que els pacients estiguin aïllats en habitacions amb pressió negativa o, si no és possible, en habitacions individuals amb la porta tancada. També s'ha de considerar l'ús de la profilaxi postexposició (oseltamivir 75 mg al dia de 7 a 10 dies)<sup>16</sup> en el cas d'exposicions no protegides. El personal sanitari hauria d'estar vacunat contra la grip estacional per evitar el risc de reagrupament entre soques de grip comuna i grip aviària.

Els contactes domiciliaris i els contactes íntims de casos confirmats de grip A H5N1 hauran de rebre profilaxi postexposició amb oseltamivir segons la pauta assenyalada anteriorment<sup>16</sup>. També hauran de monitorar la temperatura dues vegades al dia i estar atents a altres símptomes del sistema respiratori durant set dies després de l'última exposició. Encara que actualment el risc de transmissió secundària és molt reduït, en una fase posterior, per evitar aquesta transmissió, també s'haurà de recomanar un període d'autoquarantena d'una setmana després de l'exposició<sup>1</sup>.

Com en el cas del personal sanitari, els viatgers a zones amb activitat del virus gripal A H5N1 s'han d'immunitzar

**Taula 1. Casos humans de grip aviària pel virus H5N1 confirmats per l'OMS (10/04/2006)\***

|             | 2003  |       | 2004  |       | 2005  |       | 2006  |       | TOTAL |       |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|             | CASOS | MORTS | CASOS | MORTS | CASOS | MORTS | CASOS | MORTS | CASOS | MORTS |
| Azerbaidjan | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 7     | 5     | 7     | 5     |
| Cambodja    | 0     | 0     | 0     | 0     | 4     | 4     | 2     | 2     | 6     | 6     |
| Egipte      | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 4     | 2     | 4     | 2     |
| Indonèsia   | 0     | 0     | 0     | 0     | 17    | 11    | 13    | 12    | 30    | 23    |
| Iraq        | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 2     | 2     | 2     | 2     |
| Tailàndia   | 0     | 0     | 17    | 12    | 5     | 2     | 0     | 0     | 22    | 14    |
| Turquia     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 12    | 4     | 12    | 4     |
| Vietnam     | 3     | 3     | 29    | 20    | 61    | 19    | 0     | 0     | 93    | 42    |
| Xina        | 0     | 0     | 0     | 0     | 8     | 5     | 8     | 6     | 16    | 11    |
| Total       | 3     | 3     | 46    | 32    | 95    | 41    | 48    | 33    | 192   | 109   |

◆ **Els pacients han d'estar aïllats en habitacions per evitar la transmissió**

◆ **Els contactes íntims de casos confirmats hauran de rebre profilaxi**

◆ **Els viatgers a zones amb el virus han de rebre la vacuna antigripal**

◆ **L'OMS ha aprovat un pla per elaborar estratègies contra la grip**

amb la vacuna antigripal disponible en la campanya actual, almenys dues setmanes abans de l'inici del viatge, amb l'objectiu d'evitar una hipotètica coinfecció pels dos virus que pogués facilitar el mecanisme de reagrupament entre els virus. A més, els viatgers s'hauran d'educar sobre la higiene freqüent de les mans, evitar el contacte directe amb aus i consultar el personal sanitari si en el transcurs de deu dies després de tornar de viatge presenten un quadre de febre i símptomes respiratoris.

#### Plans de preparació i resposta

La situació epidemiològica actual amb l'afectació massiva per grip aviària A H5N1 de milions d'aus amb brots simultanis en diferents països<sup>1</sup>, juntament amb l'aparició de 192 casos humans que han comportat 102 defuncions (7/4/2006), ha portat l'Organització Mundial de la Salut a l'aprovació d'un pla contra la pandèmia que ajudi les autoritats dels països membres a l'elaboració d'estratègies de preparació i resposta contra l'amenaça de la pandèmia aviària.

Els plans es fonamenten en la idea que l'impacte de la pandèmia es pot reduir si s'estableixen sistemes de vigilància, control i seguiment adequats. És probable que dins de cada país apareguin brots en punts concrets abans de disseminar-se al conjunt del territori i, això, pot suposar una oportunitat per actuar i retardar aquesta disseminació.

També s'accepta que els efectes i les conseqüències d'una pandèmia, a diferència d'altres desastres naturals,

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

poden ser perllongats en el temps (setmanes o mesos), amb un impacte difícil de quantificar, però, en tot cas, amb un nombre de morts molt superior a les estimades cada any al nostre país<sup>17</sup>.

Finalment, algunes de les mesures preventives i terapèutiques, com ara les vacunes i els fàrmacs antivirals, seran insuficients i, per això, les autoritats de salut pública hauran de prioritzar aquelles que siguin més efectives i eficients per contenir o retardar el progrés de la pandèmia.

Alguns països ja han desenvolupat polítiques que impliquen el tractament de casos índex, la profilaxi del personal sanitari i actuacions per interrompre la font de transmissió i retardar la transmissió global<sup>17</sup>. Això implicarà realitzar *profilaxi en anell* al voltant dels contactes dels casos índex<sup>17</sup> i per això serà indispensable disposar d'antivirals en el lloc dels brots.

## Conclusions

Les aus infectades han estat la font

primària d'infecció pels casos de grip A H5N1 que han afectat prop de dues-centes persones a tot el món. La grip A H5N1 difereix de la grip comuna en aspectes com la font i el mecanisme de transmissió, la gravetat i la resposta al tractament i en les mesures de salut pública per al seu control.

La detecció de casos serà fonamental per instaurar les primeres mesures de contenció fins que es disposi de la vacuna i, per això, s'hauran de tenir en compte la història dels viatges, els contactes amb altres pacients infectats i l'activitat del virus a les diferents aus.

**Dr. Pere Godoy**

Cap de secció d'Epidemiologia del Departament de Salut a Lleida.

Professor titular de Medicina

Preventiva i Salut Pública

**Dr. Manel Vila**

Adjunt de Pneumologia. Servei de Pneumologia. Hospital Universitari

Arnau de Vilanova. Lleida

**Dr. Brauli Teixidó**

Cap de secció de Pneumologia.

Servei de Pneumologia. Hospital

Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

## BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. *WHO interim guidelines on clinical management of humans infected by influenza A(H5N1)*. Febrer 20, 2004. (accedit el 10 d'abril de 2006 a: [http://www.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/guidelines/Guidelines\\_Clinical%20Management\\_H5N1\\_rev.pdf](http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/Guidelines_Clinical%20Management_H5N1_rev.pdf))
- Ungchusak, K.; Auewarakul, P.; Dowell, S.F.; Kijphati, R.; Auwanit, W.; Puthavathana, P.; *et al.* "Probable person-to-person transmission of avian influenza A (H5N1)". *N Engl J Med*, 2005; 352:333-340.
- Liem, N.T. "World Health Organization International Avian Influenza Investigation Team, Vietnam, Lim W. Lack of H5N1 avian influenza transmission to hospital employees, Hanoi, 2004". *Emerg Infect*, des. 2005; 11: 210-215.
- The writing Comité of the WHO consultation on Human Influenza A/H5. "Avian influenza A (H5N1) infection in humans". *N Engl J Med*, 2005; 353: 1374-1385.
- Hien, T.T.; Liem, N.T.; Dung, N.T.; San, L.T.; Mai, P.P.; Chau, N.V.; *et al.* "Avian influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam". *N Engl J Med*, 2004; 350: 1179-1188.
- De Jong, M.D.; Cam, B.V.; Qui, P.T. "Fatal Avian influenza A (H5N1) in a child presenting with diarrhea followed by coma". *N Engl J Med*, 2005; 352: 686-691.
- Chotpitayunondh, T.; Ungchusak, K.; Hanshaowarakul, W.; Chunsuthiwat, S.; Sawanpanyalert, P.; Kijphati, R. *et al.* "Human disease from influenza A (H5N1), Thailand, 2004". *Emerg Infect*, des. 2005; 11: 201-209.
- Yen, H.L.; Monto, A.S.; Webster, R.G.; Govorkova, E.A. "Virulence may determine the necessary duration and dosage of oseltamivir treatment for highly pathogenic A/Vietnam/1203/04 influenza virus in mice". *J Infect*, des. 2005; 192: 665-672.
- Poland, G.A. "Vaccines against avian influenza - A race against time". *N Engl J Med*, 2006; 354: 1411-1413.
- Treanor, J.J.; Campbell, J.D.; Zangwill, K.M.; Rowe, T.; Wolff, M. "Safety and immunogenicity of an inactivated subvirion influenza A (H5N1) vaccine". *N Engl J Med*, 2006; 354: 1343-1351.
- Webby, R.J.; Pérez, D.R.; Coleman, J.S.; Guan, Y.; Knight, J.H.; Govorkova, E.A.; *et al.* "Responsiveness to a pandemic alert: use of reverse genetics for rapid development of influenza vaccines". *Lancet*, 2004; 363: 1099-1103.
- Gao, W.; Soloff, A.C.; Xiuhva, L.; *et al.* "Protection of mice and poultry from lethal H5N1 avian influenza virus through adenovirus-based immunization". *Journal of Virology*, 2006; 80: 1959-1964.
- Moscona, A. "Neuroaminidase inhibitors for influenza". *N Engl J Med*, 2005; 353: 1363-1373.
- Monto, A.S.; Robinson, D.P.; Herlocher, M.L.; Hinson, J.M. Jr.; Elliott, M.J.; Crisp, A. "Zanamivir in the prevention of influenza among healthy adults: a randomized controlled trial". *JAMA*, 1999; 282: 31-35.
- Monto, A.S.; Rotthoff, J.; Teich, E.; Herlocher, M.L.; Truscon, R.; Yen, H.L.; *et al.* "Detection and control of influenza outbreaks in well-vaccinated nursing home populations". *Clin Infect*, des. 2004; 39: 459-464.
- Hayden, F.G.; Belshe, R.; Villanueva, C.; Lanno, R.; Hughes, C.; Small, I.; *et al.* "Management of influenza in households: a prospective, randomized comparison of oseltamivir treatment with or without postexposure prophylaxis". *J Infect*, des. 2004; 189: 440-449.
- Stöhr, K. "Avian influenza and pandemics - research needs and opportunities". *N Engl J Med*, 2005; 352: 405-407.

# La rebaja de la oferta de servicios ginecológicos

Las mujeres de Lleida han visto rebajada la oferta de servicios ginecológicos en la sanidad pública desde el pasado mes de julio. Cuatro de los siete ginecólogos del PASSIR (ginecología de asistencia primaria) sin plaza en propiedad prefirieron perder su puesto de trabajo a ceder a las exigencias de los gestores sanitarios para que realizaran guardias en el Hospital Arnau de Vilanova (lo que aumentaba su horario laboral en más de un 60%), violentando lo observado en su contrato. Para ello, la consellera de Salud dictó una resolución por la que, alegando una situación de excepcionalidad, se abría la vía legal para obligar a dichos profesionales a acatar las novedades. Parece que ha habido más imposición que negociación y no ha existido ningún tipo de acuerdo, contrariamente a lo que se ha dicho en algún medio, no se entiende sino la traumática opción de dichos profesionales, con los que jamás se ha respetado el límite horario de 48 horas semanales.

Es cierto que la conselleria heredó una situación difícil en este ámbito, con plantillas insuficientes, tanto en el hospital como en el PASSIR, pero eso no puede solucionarse de cualquier manera y no parecen ser buenas las *soluciones* intentadas: imposición de condiciones desahoradas a profesionales en situación no consolidada; aportar profesionales de otra empresa aunque esta sea pública (GESESA), cosa que nos parece de dudosa legalidad; traer temporalmente profesionales de Barcelona a unos 360 € diarios más dietas, mucho más caro que pagar adecuadamente a los que ya estaban (esta solución expiró en diciembre); contratar a un ginecólogo ya jubilado previa concesión de la condición de *emérito*, cosa reservada sólo a casos puntuales (otra excepción) para salvar la jubilación forzosa puesta en marcha por la propia consellera de forma un tanto abrupta; contratar servicios a una entidad totalmente privada.

Tampoco parece buena la idea de contratar especialistas de otros países, anunciada por algunas autoridades sanitarias y ya en marcha, por muchos motivos: es un expolio de profesionales cualificados (y por tanto de riqueza) de países con

severas dificultades económicas, cosa impropia de un partido que se dice de izquierdas y más tratándose de un servicio público; ejerce una presión a la baja sobre las condiciones laborales de los profesionales autóctonos (los peor pagados de la UE-15), práctica muy querida por el empresariado más feroz del llamado libre mercado; un efecto *tapón* sobre las nuevas promociones de profesionales, a los que no se les da salida si no es en condiciones abusivas, amén de una renuncia a la formación de profesionales en nuestro país, con el empobrecimiento que ello supone; ya son unos 5.000 los médicos emigrados a otros países de Europa y aún nos duelen las huelgas por el vergonzoso 6=0. Posiblemente, todo ello se acompañe de una relajación en la política de convalidación de títulos, aunque veremos qué dice el organismo encargado de ello. Como aproximación muy válida al tema dos apuntes:

El artículo publicado en *El País* del 7-3-06 de J.M<sup>a</sup> Peinado Herreros, decano de la Facultad de Medicina de Granada y secretario de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas: "También se homologan, según datos extraoficiales, hasta más de 3.000 titulados extracomunitarios al año, sin un control riguroso de la calidad de formación. En las facultades de medicina examinamos apenas un ridículo 2% de los que no consiguen la homologación directa, y somos plenamente conscientes, en general, de los grandes déficits formativos de estos titulados."

El doctor Tim Evans, subdirector general de Pruebas Científicas e Información para las Políticas de la Organización Mundial de la Salud, con motivo del Día Mundial de la Salud 2006, nos advierte: "El personal de salud (es decir, los que prestan asistencia sanitaria a quienes la necesitan) son la piedra angular de los sistemas de salud. Sin embargo, este colectivo está atravesando una crisis en el mundo entero, crisis a la que ningún país escapa por completo. Los resultados están a la vista: clínicas sin profesionales de la salud y hospitales incapaces de contratar o retener a personal básico... En todo el planeta hay una escasez crónica de profesionales de la salud, producto de décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales. Ello ha provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales... No existe una solución única para un problema tan complejo, aunque

◆ **La conselleria de Salud heredó una situación difícil, con plantillas insuficientes**

◆ **Algunos países en desarrollo han incluido incentivos para retener a su personal**

◆ **En Lleida, los pediatras pueden seguir los mismos pasos de los ginecólogos**

sí hay direcciones de trabajo en las que ahora es preciso avanzar. Por ejemplo, algunos países desarrollados han implantado políticas para acabar con la contratación activa de personal de salud procedente de países con plantillas muy deficitarias en este terreno. Algunos países en desarrollo han revisado sus escalas salariales y han introducido incentivos no pecuniarios para retener a su personal y desplegarlo en zonas rurales. Se han adaptado los procedimientos de formación teórica y práctica a las necesidades específicas de los países. Los agentes comunitarios de salud están ayudando a sus comunidades a prevenir y tratar enfermedades muy importantes. Es preciso actuar ahora para obtener resultados tangibles en los años venideros."

Volvamos a *nuestro* PASSIR, el resultado es que se ha interrumpido la dinámica funcional de conjunto del servicio de atención a la mujer. Desaparecen las revisiones ginecológicas rutinarias al modo anterior. No se controla la patología ginecológica benigna y ciertos efectos de la menopausia ni los controles de anticonceptivos y de patología mamaria. Las comadronas están realizando las citologías (aunque oficialmente no será hasta marzo) pero sin soporte de ginecólogo, el servicio de Pla-

nificación Familiar ha quedado sin ginecólogo concreto de referencia. Ya sólo queda el control de embarazos y partos y patología ginecológica mayor. Lo que no haga el PASSIR pasa al ámbito de la asistencia primaria, ya muy saturada y sin recursos (en los nuevos presupuestos sigue siendo la cenicienta y aumenta aún más el diferencial secular).

Hace poco, un diario nacional daba la noticia de que en Girona ocurría algo parecido con los ginecólogos de la red pública; los del Hospital de Santa Maria de Lleida, también en conflicto, han ganado su demanda contra GESESA en el tribunal de lo social —por cierto, dos de sus cuatro ginecólogos también se han ido por lo mismo. Parece que el colectivo femenino no tiene suerte ni en el mercado laboral ni en las tareas domésticas ni tampoco en los servicios sanitarios públicos, no parece que le sirva de mucho que algunas de su género lleguen a importantes puestos de decisión. Podría verse como una forma más de discriminación de género —en urólogos no se sabe de conflicto alguno, todavía— si no fuera porque, al menos en Lleida, los pediatras pueden seguir los mismos pasos de los ginecólogos y porque, en realidad, todo parece indicar que lo comentado es un efecto más de la cadena de acciones que tienden a generar unas condiciones que hagan más fácil la fragmentación y posterior *venta* de los servicios sanitarios públicos, siguiendo el camino de lo ocurrido en Inglaterra, allí ya saben qué es y sus efectos, ha disminuido la oferta y la calidad de los servicios, lo que ha enriquecido a unos pocos (como al ex ministro de Sanidad, que preparó el terreno para ello y ahora es presidente de la mayor proveedora de servicios sanitarios y la más beneficiada en el reparto), y ha aumentado la deuda de las generaciones venideras por décadas. La situación es tal que, forzado por la deuda, hace pocos días dimitió Nigel Crisp, el director del sistema sanitario británico. *Diario Médico*, en una nota, dice: "Según la prensa británica, el déficit de los servicios hospitalarios de este país puede llegar este año a los 800 millones de libras (1.168 millones de euros) pese a las continuas inyecciones de fondos. Además, las empresas privadas con las que el Gobierno ha contratado servicios para aumentar la eficacia y rapidez de las prestaciones han acabado costando muchos más millones de libras de lo inicialmente planeado." Creo que no hacen falta muchos más comentarios y todo apunta a que seguimos el camino equivocado, aunque, como ya se sabe, no para todos.

**Dr. Luis-D. Capacete Novo**

## Millorar el tractament dels pacients

Dr. Xavier Rodamilans de la O · Cap de servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital de Santa Maria. Lleida

El desenvolupament de la cirurgia laparoscòpica en els darrers anys ha produït una revolució sense precedents en la història de la cirurgia moderna. Els intents de millorar el tractament dels pacients i la seva qualitat de vida postoperatoria, la demanda de la població i la competència entre els professionals han impulsat la ràpida evolució d'aquesta tècnica i de tota la tecnologia necessària per assolir-la. En l'última dècada, molts cirurgians hem hagut de canviar els nostres esquemes tradicionals i aprendre i adquirir l'experiència necessària en cirurgia endoscòpica.

L'ús, el desenvolupament i la normalització d'aquesta tècnica s'han endarrerit ostensiblement, tot i que la cirurgia laparoscòpica és hereva de la cirurgia convencional, ja que respecta els aspectes mèdics pel que fa a la indicació i la tècnica quirúrgica. La diferència és la via d'abordatge, gràcies a l'aplicació de la tecnologia a la cirurgia. Des d'aquesta perspectiva, s'entén l'aplicació de la cirurgia laparoscòpica total o assistida a totes les afeccions abdominals.

Avui dia, els procediments quirúrgics laparoscòpics anomenats avançats són múltiples, han estat avaluats i han convertit aquesta via d'abordatge en la seva elecció. Però, estem en una fase de consolidació de tècniques complexes, amb definició de les seves indicacions i confirmació dels seus resultats positius.

A més de les actuacions ja clàssiques sobre la vesícula i les vies biliaris, on una gran proporció dels càlculs de colèdoc es poden extraure per via laparoscòpica, les tècniques sobre el hiat esofàgic com la funduplicació de Nissen de 360 graus, per hèrnia de hiat més reflux gastroesofàgic, han demostrat grans avantatges sobre la tècnica oberta.

També són habituals les tècniques sobre l'estómac per patologia benigna i maligna, com les gastrectomies par-

cials o totals amb criteris oncològics per a càncer gàstric en Tis o T1, o amb criteris de pal·liació per metàstasis hepàtiques múltiples. Tampoc hi ha dubtes, actualment, en la indicació de la cirurgia de l'obesitat per laparoscòpia, ja que totes les tècniques de la cirurgia oberta també han estat realitzades per via laparoscòpica.

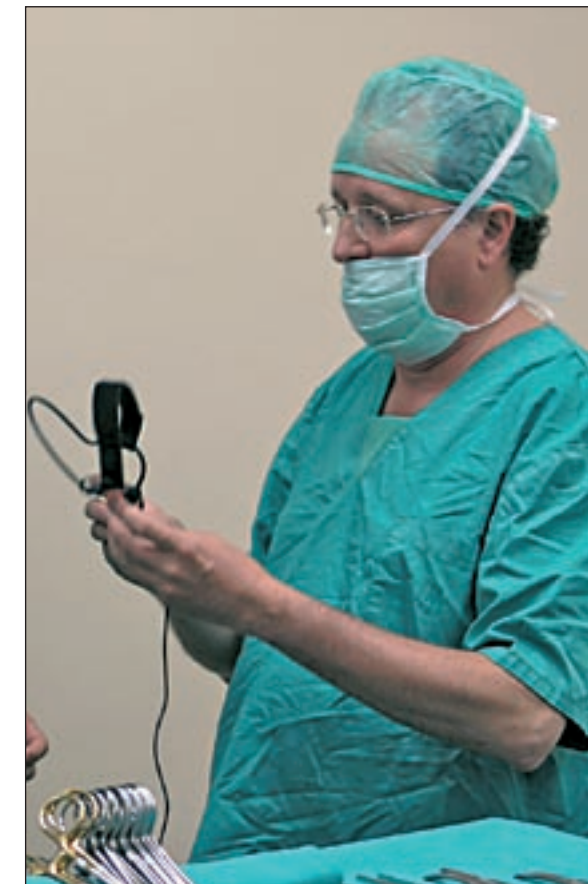
La cirurgia de còlon i recte per patologia benigna i maligna ha estat estudiada en programes controlats. Aquests programes han demostrat que, si el cirurgià té experiència i compta amb l'equip necessari, el risc de la cirurgia laparoscòpica no és superior al de la cirurgia oberta i, a més a més, comporta beneficis de dissecció, immunològics, de recuperació postoperatoria i fins i tot de supervivència del pacient.

A pesar de la seva escassa freqüència, pràcticament qualsevol patologia quirúrgica de budell prim pot tractar-se potencialment per laparoscòpia, donada la major mobilitat d'aquest segment intestinal.

La laparoscòpia pot tenir aquí un paper significatiu en l'alliberament d'adherències intraabdominals en pacients amb episodis recurrents d'obstrucció de budell prim. L'adhesiolisi laparoscòpica, en la majoria de les ocasions, es realitzarà dins del context d'una laparoscòpia exploradora d'urgències o com a necessitat al practicar altres tècniques operatòries.

L'exèresi de la melsa, per via laparoscòpica, es practica amb èxit i té avantatges clars, no només respecte al dolor i a la ràpida recuperació, sinó que, a causa de la millor visualització, pot fer-se amb menys pèrdua de sang. Les limitacions estan directament relacionades amb el volum de la víscera i amb la presència d'un procés maligne.

Respecte a l'exèresi de la glàndula suprarenal, podem dir el mateix que en l'esplenectomia. A més, la posició decúbit lateral facilita la dissecció i presentació de l'àrea operatòria amb



La cirurgia laparoscòpica se realitza a través de la colocació de unos trocates en la cavidad anatómica de la intervenció y se introduce una óptica para la visualización

## La revolución de la cirugía laparoscópica y urológica

La cirugía ha experimentado una revolución en los últimos años con la voluntad de realizar al paciente el mínimo daño posible para conseguir un mismo resultado terapéutico. En este sentido, cabe destacar el auge experimentado en la cirugía laparoscópica, así como en la cirugía urológica. Se entiende como cirugía laparoscópica la que se realiza a través de la colocación de unos trocates en la cavidad anatómica donde se realiza la intervención para expandir el espacio con la insuflación de anhídrido carbónico y poder introducir una óptica para visualizar el interior con un monitor exterior.

El aprendizaje de estas técnicas quirúrgicas es dificultoso, ya que se debe trabajar en un espacio bidimensional, a diferencia de uno tridimensional al

Dr. Josep Recasens · Urologo del Hospital de Santa Maria. Lleida

cual estamos acostumbrados. Este cambio en el espacio de trabajo requiere una curva de aprendizaje que, en según que tipos de cirugías, es bastante costoso. Dentro de la especialidad de urología es posible realizar la mayoría de las cirugías habituales con esta técnica, pero en las que realmente se ha apreciado una gran ventaja, por la comodidad que representa de cara al paciente, son en las cirugías donde es necesario realizar una lumbotomía.

La lumbotomía es una incisión con alto grado de morbilidad que representa para el paciente una gran inco-

modidad tanto en el posoperatorio inmediato como en el tardío. Además, presenta una alta frecuencia de eventraciones y de paresias o neuralgias posoperatorias. Es en este ámbito donde se está imponiendo con más fuerza la técnica laparoscópica, en cirugías como las nefrectomías totales o parciales, las pielolitotomías, las ureterolitotomías, las ureteropieloplastias y las adrenalectomías.

Otra gran indicación de la cirugía laparoscópica en urología es la prostatectomía radical por cáncer de próstata organoconfinado. Esta técnica favorece la posibilidad de conservación de los mecanismos, tanto de la erección peneana posoperatoria como de la continencia urinaria. En

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

## VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

este caso, la ventaja radica en la capacidad de realizar la cirugía dentro de la cavidad retropúbica con más facilidad que desde fuera y con una visión de la misma mucho más aumentada.

Cada vez más, la cirugía laparoscópica urológica se está implantando en más servicios. Al principio, se consideraba una cirugía de centros de un alto nivel, pero con voluntad y un mínimo de infraestructura se está realizando más y casi ya de una forma rutinaria en hospitales de ámbito comarcal.

La realización de esta cirugía es y será cada vez más una exigencia que nuestros pacientes reclamarán, por lo que creo que un servicio de urología que posea un número mínimo anual de las cirugías antes mencionadas está obligado a iniciar programas de cirugía laparoscópica.

### ¿Qué cirugía se puede hacer y cuál no se puede hacer en el hospital comarcal?

¿Qué límites puede tener un hospital comarcal en el momento de decidir sus posibilidades quirúrgicas? ¿Existen realmente límites en las posibilidades quirúrgicas o son las que nosotros mismos establecemos? Yo pienso que las posibilidades quirúrgicas de un hospital comarcal dependen solamente de dos circunstancias:

1) De la motivación personal de los miembros que componen el equipo quirúrgico, tanto médicos como enfermeras, auxiliares, etc.

2) De la infraestructura mínima del hospital.

La motivación del personal es la clave principal para poder llegar a realizar todo tipo de cirugía que sea posible en dicho hospital, la ilusión y el reto de poder llegar a realizar cada vez una cirugía más vanguardista es un motor para ir superando los diferentes obstáculos. La infraestructura es indispensable, pero cada vez es menos sofisticada y menos costosa, por lo que, de entrada, creo que no es un obstáculo para intentar realizar todo tipo de cirugía dentro de nuestras posibilidades.

La cirugía laparoscópica es en estos momentos nuestro gran reto. Dentro de muy poco será inconcebible realizar según que operaciones por vía abierta. En este sentido, será imprescindible, a mi parecer, que dentro de nuestros hospitales comarcales se creen unidades de cirugía laparoscópica. La creación de estas unidades es posible, no es necesario estar trabajando en un hospital de gran nivel para poder desarrollar este tipo de

cirugía. La infraestructura es accesible en la gran mayoría de hospitales comarcales, porque en casi todos disponemos de una mínima torre para realizar cirugía endoscópica y, cada vez más, será más asequible, tanto en materiales como en precio.

La célebre curva de aprendizaje es real, pero no debe asustarnos porque cada vez hay más posibilidades de realizar cursos o de solicitar la colaboración de compañeros que ya estamos realizando dicha cirugía de una forma rutinaria. Pensar que si nosotros lo estamos haciendo vosotros también podéis hacerlo y que partimos de una base y de una experiencia importantes en cirugía abierta que nos ayudarán mucho en el desarrollo del aprendizaje laparoscópico.

Es fundamental establecer unas etapas de aprendizaje según las circunstancias del servicio:

1) No todos los miembros del servicio deben aprender estas técnicas a la vez. Es mejor que un número reducido de miembros, como mínimo dos en cada servicio, aprendan primero y después, cuando la cirugía ya esté establecida en el servicio, el resto del equipo las aprenda.

2) Es importante hacer las cosas bien hechas. Por este motivo, al principio del inicio de las técnicas, las reconversiones son frecuentes y casi necesarias.

3) Deben establecerse un mínimo de intervenciones cada año. El número necesario de intervenciones que se realicen en un año en el hospital para poder poner en marcha el aprendizaje de la laparoscopia es muy aleatorio, según la capacidad de aprendizaje de cada equipo y la predisposición del mismo.

No nos dejemos engañar con la idea de que se trata de una técnica exclusiva de unos pocos y de sólo unos hospitales. La curva de aprendizaje es real, pero no es nada imposible, como pretenden algunos hacernos creer. Estoy convencido de que es una cirugía posible en la mayoría de nuestros hospitales comarcales.

Los urólogos que desarrollaron su actividad antes de los 80 vivieron una situación parecida. Durante esos años, la cirugía endoscópica se desarrollaba en pocos hospitales. Además, dentro de los servicios de urología, pocos urólogos o exclusivamente un miembro del equipo llevaba a cabo esta técnica. En cambio, en la actualidad, todos los urólogos desarrollan esa técnica diariamente. Por lo cual, yo os animo, a todos aquellos que tengáis la posibilidad y la motivación suficiente, que iniciéis un programa de cirugía laparoscópica en vuestro hospital comarcal.



## Nuevos problemas para los anestesiistas

Doctores X. Triquell, G. Marco, M. Torra, D. Del Pozo, R. Drudis, R. Urgell, M.A. Sánchez y J.J. Marrodán · Servicio de Anestesiología y Reanimación. GSS-Hospital de Santa Maria. Lleida

Las técnicas quirúrgicas laparoscópicas han revolucionado el campo actual de la cirugía, la ginecología y la urología. Estas técnicas minimizan el traumatismo quirúrgico y cuentan además con los beneficios de menor dolor posoperatorio, mejor función pulmonar posoperatoria, hospitalización más corta y más rápida recuperación. Aunque pueda sorprender, y centrándonos exclusivamente en el procedimiento intraoperatorio, la mayoría de las intervenciones laparoscópicas incrementan el número de problemas con los que lidia el anestesiólogo en la cirugía convencional (laparotomía).

Estas dificultades añadidas se relacionan con el neumoperitoneo (aumento de la presión intraabdominal y absorción de gas) y la posición (Trendelenburg o anti-Trendelenburg exagerados).

1.- Modificaciones hemodinámicas: Síndrome de compresión aorto-cava que aumenta la poscarga y desciende la precarga con deterioro del gasto cardíaco. Desbalance en el aporte de oxígeno miocárdico. Especial cuidado merecen los pacientes afectos de estenosis mitral o cardiopatía isquémica. La absorción de gas, usualmente CO<sub>2</sub>, conduce a circulación hiperdinámica y descenso del umbral arritmogénico. El Trendelenburg mejora la precarga y el anti-Trendelenburg la empeora. En la circulación regional destaca la caída del flujo mesentérico (isquemia intestinal y renal) y el mantenimiento de la circulación cerebral (aumento de las presiones intracraneal e intraocular).

2.- Función respiratoria: Absorción lenta y autolimitada de CO<sub>2</sub> intraperitoneal y masiva extraperitoneal (en enfisema subcutáneo...). Descenso de la capacidad residual funcional y de la compliance. Disregulación de la ventilación/perfusión con aumento del shunt intrapulmonar y del espacio muerto. Atención en pacientes EPOC

por su mayor riesgo de barotrauma y acidosis respiratoria.

3.- Hipotermia: El gas insuflado está a 4°C en el caso del CO<sub>2</sub>.

A pesar de todo, solamente se reconocen como contraindicaciones anestésicas para este tipo de procedimientos el colapso cardiovascular grave y la hipertensión intracraneal preoperatoria. Un paciente excluido para cirugía convencional, habitualmente también lo está para cirugía laparoscópica.

La técnica quirúrgica exige anestesia general para la mayoría de procedimientos (combinada o no con anestesia epidural). Las técnicas regionales aisladas requieren bloqueos sensitivos extensos (T4-S5). Las necesidades de relajación muscular son mayores que en abordajes convencionales. La monitorización deberá, al menos, igualar a la considerada estándar para toda anestesia general (FC + ECG + PANI + SpO<sub>2</sub> + EtCO<sub>2</sub> con curva de capnografía). La monitorización cardiovascular invasiva está indicada con mayor frecuencia que en cirugía convencional.

El dolor posoperatorio es, en general, menor (principalmente tras 48 horas) frente al ocasionado por las alternativas quirúrgicas clásicas. Cabe destacar la particularidad del dolor por irritación peritoneal (inflamación de la serosa). La emesis es tres veces más frecuente que en laparotomías y la incidencia de trombosis venosa profunda está también aumentada. El mayor riesgo quirúrgico es la perforación de víscera hueca y, en menor medida, las lesiones vasculares.

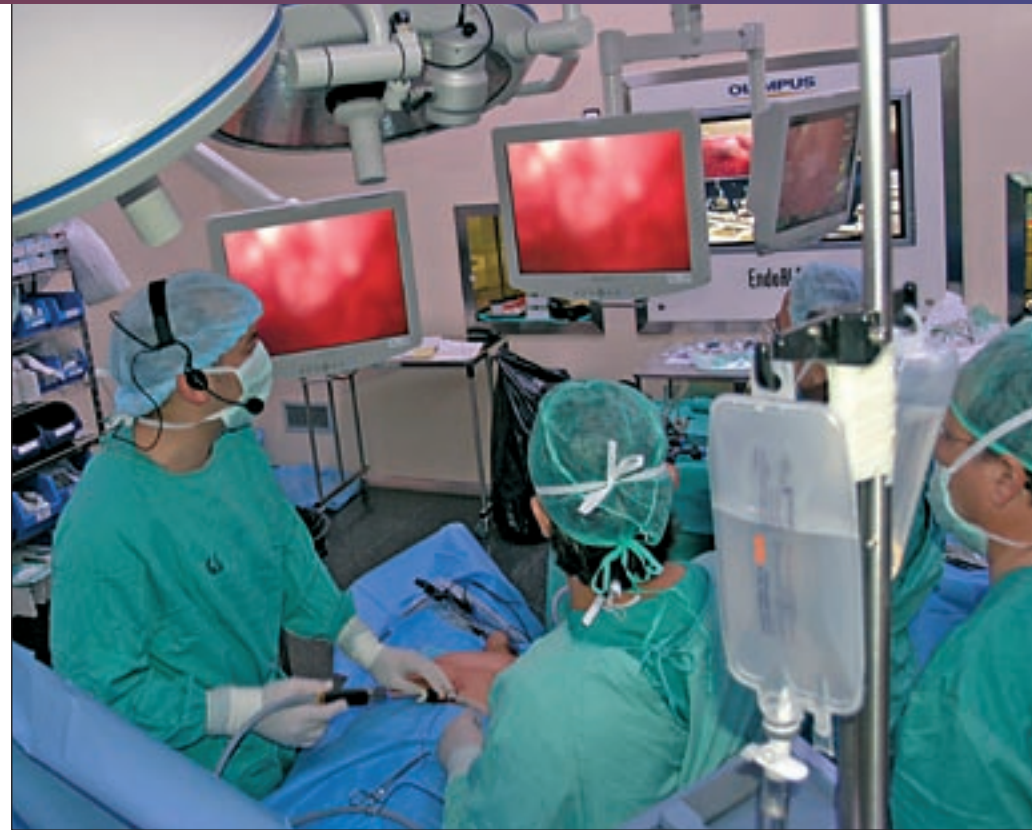
La morbilidad anestésica es generalmente más baja que en cirugía convencional. La mayoría de las complicaciones anestésicas se deben al paso de gas a cavidades extraperitoneales (enfisema subcutáneo, neumomediastino, neumotórax). Especial atención a los embolismos pulmonares (gaseosos o por trombosis venosa profunda).

Los anestesiistas tienen más problemas con las intervenciones laparoscópicas

Bibliografía: <http://www.academia.cat/societat/dolor/arxius/laparoscopia05.pdf>



La cirugía laparoscópica se ha incorporado de forma habitual en algunos hospitales comarcales de Catalunya



## La visión de la cirugía desde el área de urología

La cirugía laparoscópica, desde la década de los 80, ha sufrido un desarrollo vertiginoso y ahora forma parte de la cirugía mínimamente invasiva, pero su inicio se remonta a 1901, cuando Kelling describe la técnica de la celioscopia insuflando aire en un abdomen de perro. En 1910, Jacobeus notificó dos casos de toracoscopia mediante el uso de un cistoscopio a través de un primitivo trocar. En 1924, Zollikofer recomendó el uso de dióxido de carbono para la creación del neumoperitoneo. Stroke perfeccionó los trocates para evitar el escape del gas durante el procedimiento.

Es en 1935 cuando Falk (considerado el padre de la cirugía laparoscópica) describió los 100 primeros casos de laparoscopia. En 1938, Veress desarrolló una aguja especial para punción abdominal y torácica y creación del neumoperitoneo.

La técnica mejoró con la introducción, en los 50, de los modernos endoscopios con óptica de Hopkins y con la introducción de numerosas publicaciones sobre el tema.

En los años sesenta se inicia la

**Dr. Joan Flores · Urólogo del Hospital de Santa Maria. Lleida**

aplicación generalizada de la cirugía laparoscópica en cirugía general.

Actualmente, está introducida en todas las especialidades como una técnica estándar.

Cuesta pensar en el retardo en incorporarse, por parte de la urología, a esta técnica, ya que los urólogos han desarrollado desde tiempo inmemorial las técnicas endoscópicas. En España, la cirugía laparoscópica urológica la inició, básicamente, J.G. Valdivia Uribe y C. Rioja Sanz en 1992 en Zaragoza. Posteriormente, los doctores C. Hernández y E. Sánchez, en Badajoz, contribuyeron a la concienciación de la comunidad urológica de la necesidad de su conocimiento.

Probablemente, dentro de treinta años no se discutirá este tema, como hoy no se discute la endocirugía urológica. Hace veinte años, la RTU sólo la realizaban en grandes hospitales y sólo uno o dos miembros del equipo,

hoy es una técnica diaria, generalizada y la desarrollan todos los urólogos de los equipos.

Hoy día se está planteando en ciertos hospitales, dada la escasa dotación de personal y por la elevada curva de aprendizaje que requiere.

En hospitales como La Paz de Madrid, donde el equipo está formado por 20 urólogos y 9 residentes, han destinado dos miembros del equipo a aprender y perfeccionar la técnica, los cuales han dedicado seis meses al entrenamiento previo a la realización de la técnica en humanos, 200 horas en simulador, un mes de rotación en centro especializado y un tiempo en animales de experimentación.

Hoy, en La Paz, nadie duda de la excelencia de la técnica y esos dos médicos han ido formando al resto del equipo y de los urólogos españoles que han pasado por uno de sus cursos.

En Catalunya, hay un tanto por ciento elevado de urólogos que no trabajan en grandes centros, que trabajan solos en pequeños hospitales comarcales, a veces son dos urólogos en el cen-

tro. En un hospital universitario como el Arnau de Vilanova trabajan siete urólogos y dos residentes. Por su parte, en el Hospital de Santa Maria trabajan cinco urólogos y así en otros hospitales.

A pesar de la polémica establecida hace un año en la asociación ACUC (Associació Catalana d'Urolegs de Comarques) sobre si era posible y rentable incorporar de forma habitual esta técnica fuera de los grandes hospitales, se ha ido instaurando la misma y ahora ya se está desarrollando de forma rutinaria en algunos hospitales comarcales de Catalunya.

Evidentemente, aparte de las ganas y los ánimos que tengan los médicos, hay que convencer al jefe del equipo y al staff gerencial de la excelencia de la técnica, a ser posible a corto o medio plazo. En el HSM se dedicaron dos miembros del equipo de urología a ello, y se comenzó con el entrenamiento en los cuatro niveles:

- Nivel 1, básico: conocimiento de los equipos, el instrumental y la iniciación en el manejo de los mismos en el simulador.
- Nivel 2, avanzado: realización de prácticas sobre modelos anatómicos experimentales con escala ascendente de dificultad.
- Nivel 3: uso de videoconferencias y telemedicina.
- Nivel 4: aplicación hospitalaria, se recomienda que el cirujano, al principio, sea ayudado por un compañero más experto.

Los dos miembros iniciamos hace dos años estos niveles en la Fundación Puigvert (cursos básico y avanzado, tutorizados por los doctores Rosales y Salvador), en La Paz (curso avanzado de sutura y anastomosis, autorizados por los doctores Martínez Piñero, Cisneros y Tabernero) y en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión de Cáceres (cursos avanzados de cirugía y de sutura, autorizados por el doctor Usón).

Una vez que pensamos que estábamos entrenados comenzamos la cirugía en nuestro hospital, al principio ayudados y asesorados por el servicio de cirugía que nos precedía en este tipo de cirugía.

Se comenzó con nefrectomías y posteriormente instauramos la prostatectomía radical como técnica habitual, al principio, reconvirtiendo la técnica a las dos horas y, en la actualidad, acabando la técnica en todos los casos (en este momento, diez en total).

Cuando esta técnica esté instaurada en todos los hospitales de la región y sea una técnica estándar, como hoy lo es la RTU, se podrán mentar sus ventajas:

- Menor índice de transfusiones sanguíneas.
- Menor dolor posoperatorio.
- Menor estancia hospitalaria.
- Menor gasto hospitalario y social.

En la prostatectomía:

- Menor frecuencia de estenosis de la anastomosis vesicouretral.
- Menor tiempo de sonda vesical.

## La función de enfermería

**Charo Sánchez-Villacañes Aige  
Luisa Porta Vicente**

Los importantes cambios producidos por el avance tecnológico han supuesto un cambio radical en las técnicas quirúrgicas. La aparición de nuevas indicaciones de las técnicas laparoscópicas ha modificado sustancialmente las formas de trabajo. El aprendizaje y la adaptación a estas nuevas técnicas no ha sido tarea fácil y tampoco ha estado exenta de situaciones comprometidas.

La adaptación de la enfermería a esta nueva forma de trabajo ha sido, en ocasiones, autodidacta y ha contado con la colaboración de todo el equipo que interviene en el acto quirúrgico.

El nuevo quirófano Endoalpha ha supuesto para la enfermería un gran cambio en la forma de trabajar. En nuestro caso, hemos tenido la ventaja de empezar todos los equipos a la vez, lo que nos ha permitido ir aprendiendo poco a poco, sin demasiadas presiones, ya que sólo se nos dio una mínima preparación. Un punto fundamental ha sido la elaboración de nuevos protocolos para las diferentes técnicas.

Para nosotras ha supuesto un aumento de trabajo en la preparación de material, ya que además de lo que se utiliza para cirugía abierta, ha de prepararse todo el material necesario para cirugía endoscópica. En una intervención por vía endoscópica pueden surgir complicaciones que aconsejen continuar la intervención por vía convencional, es decir, que convirtamos la técnica por vía laparoscópica en técnica abierta. Esta es la razón de que siempre debe estar disponible una mesa estéril con el material necesario para continuar la intervención. Esto en el caso de intervenciones de cirugía digestiva y urológica.

En nuestro quirófano también se realizan intervenciones de artroscopia (patologías de hombro y rodilla) y endoscopia urológica.

Antes de empezar debemos comprobar todo el material necesario para la realización de la anestesia, que, en estos casos, al ser procedimientos normalmente más largos requieren más monitorizaciones y, por tanto,

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

## VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

más materiales.

Debemos comprobar también el perfecto funcionamiento de todos los elementos necesarios para el normal desarrollo de la intervención: insuflador, cámara, fuente de luz, bisturí eléctrico, sistema de grabación, etc.

El nuevo quirófano Endoalpha consta de una unidad central de control que gestiona los diferentes equipos conectados (cámaras, endoscopios, bisturí eléctrico, insuflador, etc.) y una pantalla táctil que permite manejar las funciones avanzadas de control desde el propio campo quirúrgico, en nuestro caso es la enfermera circulante la que controla los equipos.

El incremento de la seguridad del acto quirúrgico es importante, los equipos están dispuestos ordenadamente, lo que reduce la existencia de cables, conexiones, etc. y nos facilita

el trabajo.

Cualquier incidencia en el funcionamiento de los equipos médicos se traslada a la pantalla de información, lo que nos permite actuar inmediatamente y aumentar la seguridad del acto quirúrgico.

Somos conscientes de que nos queda mucho por aprender, que este quirófano tiene unas prestaciones que sólo estamos utilizando en una mínima parte, pero estamos todos aprendiendo sus posibilidades, que, seguro, poco a poco iremos incorporando a nuestra rutina de trabajo. Todos, cirujanos, ayudantes, anestelistas, enfermería, celadores, servicio de limpieza, etc., tenemos que adaptarnos al cambio, que ha sido muy importante. Nos han dado las armas y ahora hay que utilizarlas en beneficio del enfermo, que es el sujeto único de nuestro trabajo y ha de ser el máximo beneficiario de esta costosa inversión.



Las enfermeras se encargan de comprobar el funcionamiento de los instrumentos

## III Jornada de Cirugía Urològica Laparoscòpica de l'ACUC

El Servei d'Urologia de l'Hospital de Santa Maria de Lleida va organitzar, amb l'ajuda de l'Associació Catalana d'Urolegs de Comarques (ACUC), la III Jornada de Cirurgia Urològica Laparoscòpica de l'ACUC, que va tenir lloc el 26 de maig a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. El doctor J. Ricard Recasens, de l'Hospital de Santa Maria, en va ser el coordinador.

La jornada es va inaugurar a les 9.00 hores. A les 9.15, el cap del Servei d'Urologia de l'Hospital de Santa Maria, Antoni Massó, va impartir una xerrada sobre els aspectes administratius i econòmics de la cirurgia laparoscòpica als hospitals comarcals. A



El doctor Massó, de l'Hospital de Santa Maria, va impartir una xerrada sobre els aspectes administratius de la cirurgia laparoscòpica

les 9.25 hores, el cap del Servei de Cirurgia de l'Hospital de Santa Maria, Xavier Rodamilans, va parlar sobre l'evolució de la cirurgia laparoscòpica i, tot seguit, a les 9.40, el cap del Servei d'Urologia de l'Hospital de Vic, Josep Fernández Zuazo, va impartir una xerrada sobre la cirurgia urològica laparoscòpica als hospitals comarcals.

La trobada va seguir a les 10.00 hores amb una operació en directe, una prostatectomia radical laparoscòpica extraperitoneal, a càrrec dels cirurgians J. Antonio Peña i José Luis González del Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell. Els doctors Joan Areal, Lluís Cecchini i Antonio Rosales van comentar l'operació.

A la tarda, a les 15.30 hores, es va

poder veure una altra operació en directe, una nefrectomia radical laparoscòpica, a càrrec dels cirurgians J. Ricard Recasens i Joan Flores de l'Hospital de Santa Maria.

Els doctors Joan Areal, Lluís Cecchini i Antonio Rosales van comentar l'operació. Finalment, a les 18.00 hores, es van presentar les conclusions i la cloenda.



Els assistents a la jornada van veure en directe dues operacions, una prostatectomia i una nefrectomia radicals laparoscòpiques

# Cures d'infermeria en ostomies

Blanca Ortega · Infermera

*La digestión es para la salud, la salud es para la vida y la vida es para el amor a la música y a las cosas hermosas.*

**C.K. Chesterton**

Les malalties colorectals benignes o malignes són freqüents al nostre país. El càncer colorectal ocupa, en l'actualitat, el segon lloc en incidència. El tractament d'aquestes malalties requereix molts cops la realització d'una ostomia. La pràctica d'aquesta tècnica suposa un fet transcendental en la vida d'un individu. L'ostomitat és aquella persona que ha estat objecte d'una intervenció quirúrgica per obtenir una derivació fisiològica en un punt diferent de l'orifici natural d'excreció, la qual cosa provoca alteracions biològiques, psicològiques i socials.

El pacient ostomitat ha de fer front a diverses circumstàncies adverses:

- Malaltia greu que requereix intervenció quirúrgica.
- Un canvi en la seva imatge corporal.
- A vegades, un canvi de relacions socials.
- Altres vegades, un canvi en el seu estatus econòmic.

La superació de tota aquesta problemàtica i la facilitat d'adaptació a la nova situació dependran en gran part de les cures d'infermeria que rebí, tant dins com fora de l'hospital, i de l'adaptació de l'atenció a cada individu com a ésser biopsicosocial.

Calculem que el pacient ostomitat anava a la deriva quan a principis de segle estava exempt de reservori, mancat de tècniques i amb unes cures pendents d'engendrar. Quan el 1944 Koening introdueix la cura de les ostomies mitjançant un dispositiu que servia d'emmagatzematge, els mals intolerables d'aquests pacients començaren a disminuir. Més tard, quan Norma Gill, infermera britànica de la dècada dels seixanta, començà a donar cos doctrinal als anomenats terapeutes enterostomals, els pacients van començar a anar pel bon camí. A partir d'aquest punt, els especialistes en la matèria tenen cura de la persona ostomitada d'una forma integral.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va manifestar a la conferència d'Alma-Ata (antiga URSS), el 1978, la necessitat de reorientar els sistemes

de salut en els diferents països. A més, va afirmar: "L'atenció primària constitueix la funció central i el mitjà principal del sistema nacional de salut i representa el primer contacte de l'individu, la família i la comunitat amb el sistema."

## Tipus d'ostomies, classificació i complicacions

L'orifici que s'exterioritza en una ostomia rep el nom d'estoma. Segons els òrgans implicats, els podem dividir en:

- Estoma de nutrició: esofagostomia, gastrostomia i jejunostomia.
- Ostomia de derivació intestinal o enterostomia.
- Ostomia de derivació urinària o urostomia.

### 1. Ostomies intestinals (figura 1 i 2)

L'ostomia intestinal és l'exteriorització de l'intestí a través de la paret abdominal a la pell i es crea una sortida artificial per al contingut fecal. Es classifiquen segons: el temps de permanència, la localització anatòmica i el tipus de construcció de l'estoma.

a. Segons el temps de permanència:

- Ostomies temporals: són aquelles en què posteriorment es pot restablir la continuïtat del tracte intestinal.
- Ostomies permanents: són aquelles en què no es pot restablir la continuïtat intestinal.

b. Segons la localització anatòmica:

- Hemiabdomen dret: ileostomia, cecostomia, colostomia ascendent, colostomia transversal dreta.
- Hemiabdomen esquerre: colostomia transversal esquerra, colostomia descendent, sigmoidostomia.

c. Tipus de construcció de l'estoma:

- Únic: s'exterioritza una sola boca. (figura 3).
- Doble: s'exterioritzen a la paret abdominal dos boques ostomíiques. (figura 4).

## Actuació d'infermeria segons les necessitats

### 1. Necessitats biològiques

Les necessitats biològiques són aquelles que com a éssers vius ens acompanyen en la nostra evolució,

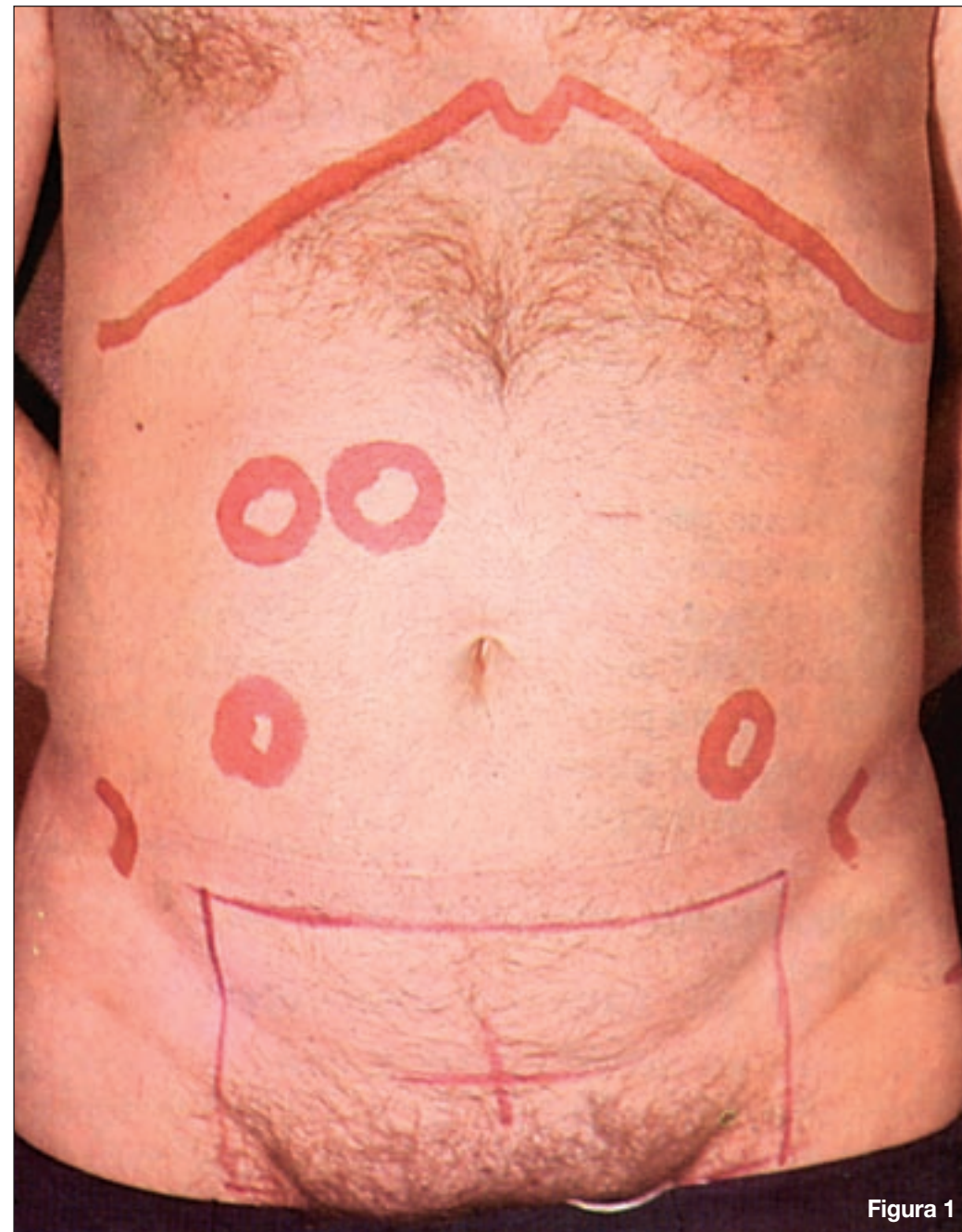


Figura 1

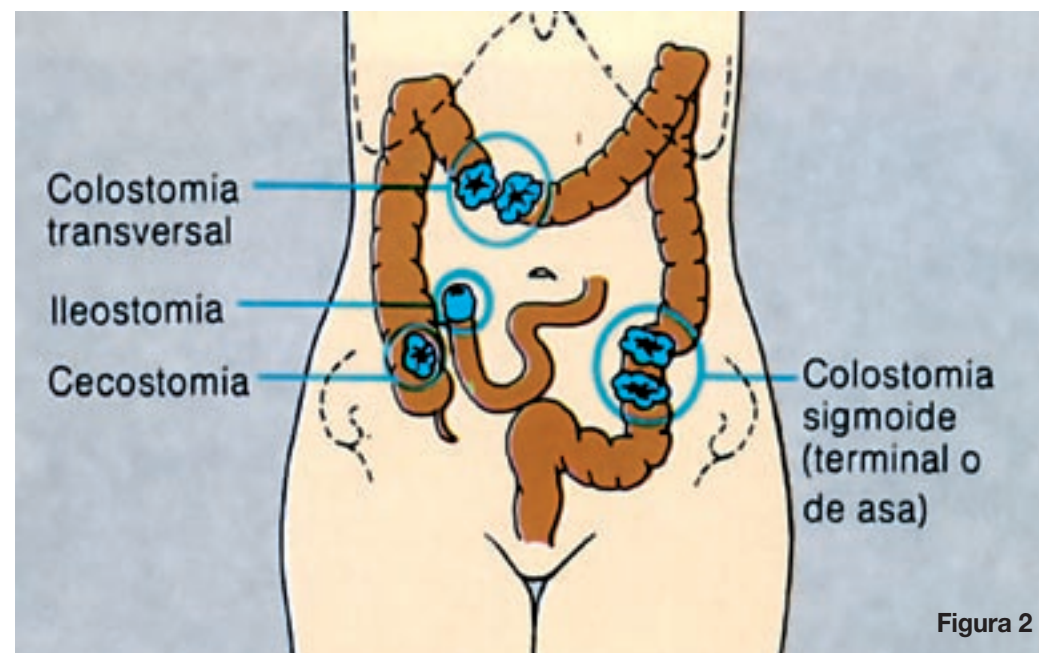


Figura 2



Figura 3



Figura 4

des del naixement fins a la mort.

### a. Eliminació

El personal d'infermeria controla el correcte funcionament de l'ostomia i s'assegura el confort i l'eficàcia en la recollida d'excrecions. La consistència de la matèria fecal dependrà del segment intestinal exterioritzat:

- Ileostomies: excreció líquida, corrosiva i contínua.
- Colostomies: si és proximal es tracta d'una excreció semilíquida i si és distal, d'una excreció pastosa.

Alteracions de l'eliminació: diarrea, estenosis de la boca de l'estoma, restrenyiment, complicacions de l'estoma, mala olor i excés de gasos. Els infermers s'hauran de marcar uns objectius i realitzar una sèrie d'activitats per solucionar o mitigar aquestes alteracions.

### b. Alimentació

L'objectiu dietètic després d'una

ostomia és que el pacient reiniciï la seva alimentació habitual. La dieta ha de ser equilibrada i aportar aliments de tots els grups. La dieta ha de ser atractiva, per tant, si el pacient té restriccions, cal proposar alternatives agradables.

Alteracions de l'alimentació: ingesta excessiva d'aliments flatulents, obesitat excessiva, monotonia en les menjades i inapetència. En les ileostomies s'ha d'augmentar la ingesta de líquids i sal (si no hi ha altres contraindicacions) per mantenir un equilibri hidroelectrolític adequat i cal una aportació de vitamines de suport.

### c. Mobilitat

Dependrà de l'edat, l'estat general, l'estat de consciència, les deficiències físiques, l'ajut familiar i els recursos socials.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

#### d. Sexualitat at

Les alteracions es manifestaran segons si hi ha lesió als nervis simpàtics o parasimpàtics. L'activitat d'infermeria consistirà a conèixer la tècnica quirúrgica aplicada i la repercussió en la funció sexual per poder derivar el pacient al seu metge i/o professional especialitzat.

### 2. Necessitats psicològiques

Un estoma suposa una agressió a la imatge corporal, una pèrdua en el control de les deposicions, de l'olor... Tot això pot dur la persona portadora a un estat depressiu, a la no-acceptació de l'estoma, a l'agressivitat o al tancament en les seves relacions interpersonals.

Davant les diferents reaccions emocionals que pot presentar la persona ostomitzada, hem d'ajudar-la a desenvolupar i utilitzar els seus mitjans i altres que siguin possibles, sense imposar les nostres normes per afrontar la situació. La infermera ha d'informar l'ostomitzat de manera clara i repetida sobre les autocures i el tractament. També cal incloure la família i els amics en el tractament com a suport emocional.

### 3. Necessitats socials

L'entorn i les relacions socials són bàsiques per a l'equilibri de l'home. Els canvis provocats per l'ostomia se superen amb un equilibri entre les necessitats biològiques i psicològiques. Però tindran molta importància les reaccions de les persones significatives per a l'ostomitzat, inclòs el personal sanitari. Certes actituds, com no parlar del tema o evitar el contacte, dificulten la reinserció. El personal d'infermeria ha de fer una valoració de l'entorn familiar, estimular l'ostomitzat a participar en activitats recreatives i, si no hi ha contraindicacions, animar-lo a realitzar algun tipus d'esport que li agradi.

#### Modificacions de l'estoma en el postoperatori tardà

1. Disminució del diàmetre de l'estoma (figura 5).

El diàmetre de l'estoma acostuma a disminuir al llarg dels tres mesos posteriors a la intervenció i la mida s'estabilitza. Aquesta variació es deu a la disminució de l'edema de la mucosa intestinal evertida.

El paper d'infermeria és controlar el color, l'aspecte i la mida de l'estoma. Davant de qualsevol anomalia, cal derivar la persona ostomitzada al professional expert o cirurgià per al control.

2. Retracció de l'estoma (figura 6).

La retracció de l'estoma pot ser deguda a l'augment de pes o a



Figura 6

alguna complicació durant el postoperatori immediat o a limitacions en la tècnica quirúrgica. Si la retracció és important pot anar acompanyada d'estenosi.

En aquest cas, el paper d'infermeria és valorar la causa de la retracció, donar consells dietètics per evitar el restrenyiment o dilatacions digitals periòdiques i indicar als pacients el dispositiu adient a cada persona i situació.

3. Prolapse de l'estoma (figura 7).

El prolapse de l'estoma és la protrusió de la nansa intestinal sobre l'abdomen. Aquest fet es deu a factors que han augmentat la pressió intraabdominal (excés de tos, sobre-esforç...). En aquest cas, els professionals d'infermeria han de valorar la permeabilitat de l'ostomia, el color i l'aspecte de la mucosa prolapsada i el temps d'aparició.

Segons el temps d'aparició, caldrà actuar d'una manera o d'una altra. Si és de forma sobtada i de



Figura 7



Figura 8



Figura 5



Figura 9

gran mida, probablement necessitarà intervenció quirúrgica. En canvi, si és progressiva es realitzarà la reducció manual per part del professional expert. En aquest cas, els infermers hauran d'indicar el dispositiu adient i la correcta col·locació per no malmetre la mucosa intestinal. També caldrà derivar el pacient a cirurgia per a una valoració posterior.

4. Hernia periestomal (figura 8 i 9)

L'hèrnia periestomal apareix quan hi ha una errada o un defecte de la paret abdominal. En aquest cas, els infermers han de descartar signes d'oclusió intestinal (dolor abdominal o distensió), valorar la permeabilitat de l'estoma controlant la periodicitat de les descàrregues fecals per detectar crisis suboclusives, valorar i indicar el dispositiu adient per facilitar la subjecció, pal·liar les molèsties ocasionades per l'eventració i evitar que el pacient faci esforços físics.

5. Fístula periestomal

Les fistules enterocutànies localitzades a la zona periestomal són una complicació greu per a l'ostomitzat. El paper d'infermeria és valorar l'aspecte i l'estat general del pacient, extreure les cures locals de l'estoma i la zona fistulosa, protegir la pell periestomal perquè es mantingui íntegra, controlar el débit (color, aspecte, consistència, quantitat i olor) i indicar el dispositiu adient.

Les modernes tècniques quirúrgiques requereixen l'experiència dels estomaterapeutes perquè el pacient rebi la cura adequada.

#### Professionals experts en ostomia a Lleida

Blanca Ortega, ABS Eixample, de dilluns a divendres, de 9.00 a 13.30 hores.

M. Àngels Herrada, Clínica de Ponent, de dilluns a divendres, de 15.00 a 18.00 hores.

Maribel Fondevilla, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, dimarts-dijous-divendres, de 14.00 a 21.00 hores.

#### BIBLIOGRAFIA

- Ministeri de Sanitat i Consum. *Guia de enfermeria en atención primaria de salud*. 1a ed. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
- Goligher, J.C. *Cirugía ano, recto y colon*. 3a ed. BARCELONA: Salvat, 1979.
- Wimkler, R. *Ostomías*. 1a ed. BARCELONA: Doyma SA, 1987.
- Breckman, B. *Enfermería del estoma*. 1a ed. Madrid, Interamericana, 1983.
- Vaquer, G. *Guia del ostomizado digestivo*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990.

# Institucions sanitàries de Lleida a principis del segle XX

Doctors Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

El 14 de desembre de 1917 es van aprovar els 25 primers articles de les Ordenances Municipals i a l'article quart es considerava el dret dels habitants del terme municipal que el metge de guàrdia del Dispensari Municipal es presentés com més aviat millor al seu domicili, previ requeriment, per prestar els primers i urgents auxilis a qualsevol malaltia o accident greu. En la sessió municipal del 14 de desembre de 1917, tot just encetada l'alcaldia del doctor Humbert Torres, es va presentar un projecte d'edifici destinat a Gota de Llet, Casa de Socors i Dispensari Municipal, de 10.125 pessetes, a favor del contractista Joan Florensa Benet.

Hem de dir que en el decurs dels successius acords que es van aprovar per tirar endavant les esmentades institucions benèfiques municipals, l'única veu discordant va ser la del regidor monàrquic Francesc Costa i Terré, opositor acèrrim de totes les iniciatives de l'alcalde Torres.

El 21 de desembre d'aquell mateix any, el consistori acceptà la proposició que li havien fet la Cambra de Comerç i el Cercle Mercantil de completar l'edifici amb una escola de comerç, el muntatge i el mobiliari de la qual anirien a càrrec de les dues entitats i de la Diputació; i el personal i el funcionament a compte de la Mancomunitat de Catalunya. L'arquitecte municipal s'encarregaria del projecte d'ampliació.

## Any 1918

L'esmentada proposició va ser aprovada l'11 d'abril i es va ratificar el 20 de juny. El 10 d'octubre, el governador autoritzava l'ajuntament a efectuar les obres d'ampliació.

El 7 de febrer de 1918, l'ajuntament va declinar l'oferta del Col·legi de Farmacèutics de posar les tarifes de les receptes del cos mèdic de Beneficència Municipal pel fet

d'haver-se encarregat aquesta funció al farmacèutic titular de l'ajuntament.

A finals de febrer, el doctor Pere Castro Vicen va demanar a l'alcalde que es col·loqués en un lloc més adequat un aparell destinat a la Gota de Llet que es trobava en un passadís de l'ajuntament.

El 25 d'abril s'encarregà al facultatiu municipal la confecció del pressupost addicional de les obres complementàries que s'havien de realitzar a l'edifici per fer possible la instal·lació dels aparells i efectes necessaris per al seu funcionament. L'1 de maig es va nomenar el mecànic Antoni Camí com a mosso porter per guardar la institució amb la finalitat d'evitar

Edifici de la Gota de Llet o Institut de Puericultura



robatoris del valuós material que ja s'hi instal·lava.

El 16 de maig es va aprovar, amb el vot en contra de Costa, un dictamen de la comissió d'emprèstid amb el qual s'adjudicava a Josep Álvarez la instal·lació de l'enllumenat elèctric i força motriu al local, per la quantitat de 1.667 pessetes i 85 cèntims, a pagar a càrrec dels ingressos de la Pia Almoïna. També a càrrec d'aquesta es va aprovar, el 8 d'agost, el pressupost de 650 pessetes i 35 cèntims destinat a la instal·lació de l'aigua.

El 10 d'octubre va ser aprovada una moció de l'alcaldia que proposava destinar 1.300 pessetes per construir un pis als semisubterrànies de l'edifici, destinat a habitacions particulars del conserge. Torres va explicar la necessitat de la custòdia permanent pel fet d'estar ja gairebé instal·lats els aparells i també perquè el contractista de la cristalleria el va advertir del perill de desperfectes en el cas que l'edifici quedés abandonat. El 31 d'octubre es va facultar la comissió de governació (de la qual formava part, entre altres regidors, el doctor Epifani Bellí) per a l'adquisició de diversos aparells destinats al Dispensari Municipal, Casa de Socors i Gota de Llet.

## Any 1919

El 23 de gener es va concedir una gratificació de 400 pessetes

al practicant interí de la Gota de Llet, Ramon Arbonés Alentà, pels serveis prestats a la Beneficència Municipal. Encara que aquest no era empleat municipal, prestava el servei de practicant en la beneficència domiciliària. Es veu que el doctor Antoni Diana Díaz li havia estès, de forma equivocada, el nomenament com a practicant de la Gota de Llet quan el servei d'aquesta encara no havia començat a funcionar. Es va aprovar la gratificació fent-se constar que era pels serveis prestats a la beneficència domiciliària i no a la Gota de Llet.

El 19 de febrer es va plantejar, a instàncies de Moret i amb la posició en contra de Sol i de Pinell, la supressió dels honoraris del farmacèutic encarregat del laboratori municipal, ja que la seva feina es podia encarregar a un dels metges titulars o adscrits a la Gota de Llet.

El doctor Bellí, que formava part de la comissió de governació, va explicar que per a la pràctica d'una o dues anàlisis mensuals no calia mantenir aquest funcionari. A més, se li pagava gairebé solament per tarifar, i la Gota de Llet comptaria amb locals a propòsit i amb un microscopi prestat per la Inspecció de Sanitat.

Pinell li va replicar que no es podia parlar d'una o dues anàlisis mensuals

quan l'actual farmacèutic analitzava tota classe de substàncies alimentàries, i estava cansat de manar-li practicar anàlisis de llets, aigües i altres matèries.

El doctor Bellí li contestà que encara amb menys material es podien analitzar tota classe de productes alimentaris; i Moret afegí que l'actual laboratori no podia fer anàlisis de sang i que quan el municipi comptés amb un laboratori propi podria fruir dels ingressos de les anàlisis que fes per al públic.

També Palacín opinava que l'actual situació era il·legal, ja que l'obligació que tenien els municipis de sostenir un laboratori i les disposicions dictades arran de l'última epidèmia patentitzaven l'evident necessitat d'anar cap a la creació d'un laboratori municipal propi, amb un funcionari al capdavant, com ja s'havia fet a Girona; va afegir que no tenia res en contra del farmacèutic i caldria veure si era factible adquirir els aparells i estris dels quals aquest es volgués desprendre.

Després de la votació reglamentària s'aprovà la supressió de l'esmentada plaça per 12 vots favorables de Ferrer, Bellí, Palacín, Roig, Moret, Valldeoriola, Piñol, Guarro, Almacelles, Cabasés, Postius i Torres, i 4 vots en contra de Sol, Pinell, Costa i Suñé.

Al mateix temps, s'augmentà el sou del mosso de l'estufa de desinfecció del laboratori i el de l'auxiliar, i es va designar una partida de 2.000 pessetes per a la compra de material destinat al labora-

tori municipal. També es van aprovar les consignacions de 1.500 pessetes per al metge director de la Casa de Socors; de 2.000 pessetes per al seu sosteniment; el sou de 1.500 pessetes per al metge director de la Gota de Llet i Dispensari Municipal; i el de 1.500 pessetes per a un practicant i un mosso porter.

Palacín creia que un sol practicant era insuficient, sobretot si es tenia en compte la feina que suposava atendre la visita domiciliària. Afegia Claramunt el xafogós espectacle que es va produir no feia gaire en morir en ple carrer un home sense cap auxili. Per això, es va consignar una altra plaça de practicant de beneficència municipal amb el sou de 1.500 pessetes anuals.

Finalment, Pinell considerà depressiu que el practicant cobrés més que el metge, cosa que Morell veia justificada perquè aquell estava subjecte a un major nombre d'hores.

El 13 de març es va aprovar una moció de la comissió de governació amb la qual proposava que s'acordés:

a) Inaugurar l'1 d'abril les institucions municipals de Puericultura, Paidopatia, Gota de Llet, Tocoginecologia, Dispensari Municipal i Casa de Socors; i que es donés a l'acte el relleu i la importància que mereixia.

b) Organitzar cada dia, mentre durés la festa major, una solemnitat científica relacionada amb aquestes institucions i invitar expressament el professor de Pediatria de la Facultat de Barcelona, el doctor Andrés Martínez Vargas, perquè honorés l'acte amb la seva presència.

c) Que amb els serveis dels directors metges d'aquestes institucions, Hellín i Sales, i amb el generós oferiment de tots els metges titulars, els quals, sense cap obligació legal, havien manifestat el desig de cooperar en aquella obra humanitària, s'acordés la següent distribució de treball:

- Casa de Socors i Dispensari Municipal: direcció, administració i servei de medicina general, a càrrec del doctor Artur Hellín; servei de cirurgia general, a càrrec del doctor Manuel Mercé; i servei d'oftalmologia, a càrrec del doctor Robert Perenya.

- Gota de Llet: direcció, administració, paidopatia i tocoginecologia, a càrrec del doctor Attilio Sales; servei de puericultura i maternologia, a càrrec del doctor Francesc Cava; i servei d'esterilització i anàlisi, a càrrec del doctor Josep Rabasa.

El doctor Francesc Cava Pintó, llicenciat el 1902, era aleshores el subdelegat de Medicina del partit de Lleida, càrrec que ocupava des del desembre del 1916. Entre altres tasques, signava les llicències per a

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

## VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

l'exercici de les professions sanitàries de practicant, de llicenciat en medicina i cirurgia, de cirurgia dentista, etc.

Amb aquesta distribució de càrrecs, la comissió va demanar també que es comunicués als interessats per al seu coneixement i que se'ls demanés que, com més aviat millor, ordenessin l'horari d'aquests serveis per donar-los a conèixer al públic.

Atès que el doctor Antoni Diana havia rebut els oferiments del doctor Martínez Vargas per participar en la inauguració els dies de la festa major, el doctor Torres li conferí la seva representació perquè es posés novament en relació amb aquest professor i convinguessin l'organització de l'acte, que tindria més solemnitat que el de la inauguració oficial de l'1 d'abril.

En la mateixa sessió del 13 de març es va confirmar el nomenament interí en propietat de llevadora municipal a favor d'Antònia Capó, amb l'enèrgica protesta de Costa pel fet d'arribar la proposta de nomenament definitiu després de set mesos d'interinitat, cosa que no es podia fer segons la llei municipal; i va anunciar que faria el que fos necessari contra aquesta invasió d'atribucions per part de l'alcaldia.

També s'acordà que des d'aquell dia mateix fins al final de mes s'obrirà a la Gota de Llet, tots els dies laborables de 3 a 4 de la tarda, una matrícula per cobrir 10 places de nens per tenir-ne cura i alimentar-los en aquest establiment benèfic.

Per fi, la tarda de l'1 d'abril tingué lloc la inauguració oficial de l'edifici. Es van reunir prèviament a l'ajuntament el governador civil, Lázaro M. Pindado; el representant del governador militar, el tinent coronel Germán Tarazona; el degà de la Catedral, en representació del senyor bisbe; Antoni Agelet, en representació del president de la Diputació; el canonge Salas, en representació del capítol de la Catedral; la directora de l'Escola Normal, Lilia Heras; comissions del claustre de professors de l'institut, de l'Escola Normal, dels regiments de la guarnició, del personal dels hospitals provincial i militar, de la junta de dames, etc.

L'alcalde Torres i el personal facultatiu de l'edifici van explicar als invitats el funcionament dels aparells instal·lats i la forma de prestar els serveis en les diferents dependències. Finalitzada la visita, les autoritats i els invitats van signar en un magnífic àlbum i la banda municipal va amenitzar l'acte.

Dos dies després, l'alcaldia va proposar la provisió de la plaça de practicant de la Beneficència Municipal i la ratificació, en propietat, de la plaça de practicant de la Gota de Llet i Dispensari Municipal a favor de Ramon Arbonés i Alentà, que l'estava exercint interinament. Encara que Costa

| NOMBRES.                                                  | Clase de título.        | Fecha de la expedición. | Autoridad a corporación que le libró. | OBSERVACIONES.                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 410 Manuel Campes y Alicia (Hijas de Villanueva y Barrio) | Practicante de Medicina | 28 Febrero 1919         | El Subdelegado Dr. Francisco Cases    | Registro por el 16 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |
| 411 Francisco Brucan y Alvarado (Hijos de Alvarado)       | Practicante de Medicina | 10 Febrero 1919         | El Subdelegado Dr. Francisco Cases    | Registro por el 24 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |
| 412 Jaime Campes y Ciria (Hijos de Ciria)                 | Practicante de Medicina | 7 Febrero 1919          | El Subdelegado Dr. Francisco Cases    | Registro por el 24 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |
| 413 Pere Clapés y Alvarado (Hijos de Alvarado)            | Practicante de Medicina | 17 Abril 1919           | El Subdelegado Dr. Francisco Cases    | Registro por el 24 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |

Documents d'arxiu de la Gota de Llet

va opinar que s'havien de treure les dues places a concurs, cosa que el doctor Castro veia bé sempre que es considerés com un mèrit per al nomenament haver servit el càrrec interinament i gratuïtament, es van aprovar les dues propostes de l'alcalde.

El 10 d'abril ja es cursava a la comissió de governació el projecte de reglament del Dispensari Municipal i Casa de Socors.

Pocs dies després del funcionament de l'edifici, el regidor Condal es lamentà que no hi havia cap metge de guàrdia en el moment de ser portada al Dispensari Municipal una lesionada per una caiguda. Mulet li contestà que no hi podien ser els facultatius d'una forma permanent, i malgrat tot hi van comparèixer al cap de pocs minuts d'arribar la pacient. Piñol va encomiar el zel dels metges en aquest cas i, especialment, el del practicant senyor Arbonés.

L'1 de maig, els regidors van mostrar la seva satisfacció en assabentar-

se dels serveis prestats el mes d'abril en les tres institucions i, a proposta de Mulet, es va acordar augmentar a 18 les places de nens que podien ser al·letats a la Gota de Llet.

El 10 de maig, arribava a Lleida el degà de la Facultat de Medicina de Barcelona, el doctor Martínez Vargas, amb la finalitat d'inaugurar l'Institut de Puericultura. Aquest professor havia fundat la Sociedad Pediátrica Española, de la qual aleshores era president; al Congrés Internacional de Medicina de Moscou va reivindicar per als metges espanyols dels segles XVI i XVII l'honor d'haver estat els primers a donar una doctrina clínica científica de la diftèria; també el 1899 va descriure per primera vegada el pèmfing tòxic en una obra homentatge a Jacobi, en la qual es va reconèixer el castellà com a idioma científic. L'abril del 1914 va ser l'ànima del I Congrés Espanyol de Pediatria celebrat a Palma de Mallorca, on el metge lleidatà Francesc Fontanals i Araujo

| NOMBRES.                                        | Clase de título.        | Fecha de la expedición. | Autoridad a corporación que le libró. | OBSERVACIONES.                                                                                                |
|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 414 Antonio Aguirre y Rafael (Hijos de Aguirre) | Practicante de Medicina | 15 Diciembre 1916       | El Subdelegado Dr. Francisco Cases    | Registro por el 16 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |

En este día, tomo posesión del cargo de Subdelegado interino de este pto. por un brevemente hecho por la Junta permanente de Sanidad provincial. Lida 11 de Febrero de 1916. Doctor. Francisco Cases

En esta fecha tomo posesión del cargo de Subdelegado de Medicina de este partido en virtud de nombramiento hecho por el Sr. Gobernador Civil Don Luis Muret a propuesta de la Junta Provincial de Sanidad en pleno. Lida 11 de Diciembre de 1916. Doctor Francisco Cases

415 Pablos y Berde (Hijos de Berde) Practicante de Medicina | 15 Diciembre 1916 | El Subdelegado Dr. Francisco Cases | Registro por el 16 de Mayo de 1919. Folio 586 de la matrícula. Registrado al folio 122 de la matrícula. 1919. |

Document del nomenament del subdelegat de medicina, el 15 de desembre de 1916

va presentar el treball *Primeras vacunaciones antitífódicas colectivas en la infancia practicadas en España*, en què explicava el procediment que havia seguit en les vacunacions dels infants acollits a la Maternitat Hospici de Lleida, 93 nens i 74 nenes.

Martínez Vargas va retornar a Barcelona el 12 de maig amb el tren correu de les tres de la tarda, amb el comiat de nombrosos metges i diversos amics particulars.

El 17 de juny es va designar el practicant de la Beneficència Municipal, la plaça del qual es trobava vacant i era convenient normalitzar els serveis que no es podien desatendre, especialment a la Gota de Llet i al Dispensari. Dels sis sol·licitants, va ser elegit per 17 vots Jaume Manuel Randuà de Lleida i en va obtenir un Josep Iglesias Gómez.

El III Congrés de Metges de Llengua Catalana, celebrat a Tarragona entre els dies 27 i 29 de juny del 1919, concedí al municipi de Lleida el diploma

d'honor per la presentació de fotografies d'aparells higiènics i del Dispensari i Gota de Llet municipals.

En la sessió municipal del 10 de juliol es va acordar assegurar a les companyies La Aurora i La Unión y el Fénix Español els edificis Gota de Llet i Mercat del Pla, obra també duta a terme per l'alcalde Torres.

## Any 1920

L'11 de març es va designar interinament Josep Gilart i Burgués per al càrrec de practicant, atesa la dimissió d'Arbonés en ésser destinat a Larache per prestar el servei militar.

Els metges titulars percebien 1.000 pessetes de sou, però la Junta del Patronat, amb l'anuència dels doctors Sal-lustia Estadella i Antoni Diana, va exigir que s'anunciés el concurs amb un sou de 2.500 pessetes. Però davant la gran desproporció entre aquesta nova remuneració i les obligacions del càrrec, els mateixos interessats hi

van renunciar i van subscriure seguir cobrant les 1.000 pessetes.

Més endavant, en haver-se encarregat del Dispensari, la Gota de Llet i la Casa de Socors, van reclamar de forma reiterada el sou anunciat de 2.500 pessetes, fins que l'alcaldia va accedir a pagar-los aquesta quantitat.

D'altra banda, en confeccionar-se el pressupost per a l'exercici 1920-1921, la comissió d'Hisenda havia dubtat si legalment el sou dels titulars havia de ser de 2.500 pessetes o bé de 2.000 pessetes, dilema que li va aclarir la Inspecció Provincial de Sanitat en comunicar-li que havia de ser aquesta última quantitat d'acord amb la classificació de titulars publicada a la *Gazeta de Madrid* pel Ministeri de la Governació.

El 30 de març, els metges titulars Rabasa, Cava i Perenya van anunciar a l'ajuntament la interposició d'un recurs contra el pressupost municipal pendent d'aprovació pel Govern Civil per fet d'haver estat reduït el seu sou de 2.500 a 2.000 pessetes.

El doctor Torres, estranyat de la contradicció de la Junta del Patronat amb el dispost pel Ministeri de la Governació, comunicà als regidors que informaria l'esmentat recurs, explicaria totes les particularitats sobre el cas i esperaria la resolució de la superioritat.

El doctor Estadella va lamentar que no s'hagués discutit abans l'assumpte en el si de la Junta Municipal, perquè potser s'hauria evitat la interposició del recurs; entenia que l'ajuntament havia d'estar disposat a mantenir la seva oferta de 2.500 pessetes, sobretot perquè dubtava que la corporació pogués modificar les bases del concurs.

El doctor Bellí, al contrari, creia que l'ajuntament havia obrat erròniament en fixar en 2.500 pessetes el sou dels titulars i procedia a la seva rectificació, perquè si ells faltaven al convingut, el mateix dret havia de tenir la corporació; d'altra banda, els contractes poden i deuen modificarse quan no estan ajustats a la llei.

El doctor Pere Castro opinava que l'ajuntament s'havia d'atendre a les bases del concurs i mantenir el sou de 2.500 pessetes, el mateix que Palacín.

La Junta de Govern del Col·legi de Metges va defensar el recurs dels titulars amb un escrit de súplica adreçat al Govern Civil, de data 21 de maig, amb el qual demanava que el resolués de la manera més favorable i justa possible perquè desenvolupaven, a més de les seves funcions, serveis mèdics gratuïts acabats de crear com la clínica d'oftalmologia, la de paidopatia i la del laboratori de la Gota de Llet.

Set dies després, l'ajuntament rebé

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

un escrit del Govern Civil amb el qual li comunicava que desestimava la reclamació dels tres titulars i que els fes saber que podien apel·lar al Tribunal Contenciós Administratiu. També va deixar en mans de l'ajuntament apreciar si havien de tenir-se en compte com a serveis extraordinaris els que el Col·legi de Metges asse-nyalava en el seu escrit de súplica; i que de la mateixa manera li corresponia assenyalar si la petició dels metges es tractava d'un augment en la consignació o bé d'una quantitat independent en concepte de gratificació pels esmentats serveis.

En el si de l'ajuntament sempre hi havia qui intentava controlar els sous dels sanitaris titulars amb la intenció de restringir-los al màxim possible. En aquest sentit, Moret, Roig i Piñol van proposar que no poguessin fer-se efectives les assignacions que acredités mensualment cada titular sense que a la nòmina figurés una relació detallada dels serveis de visites domiciliàries prestades mensualment, amb l'expressió dels noms i dels domicilis dels pacients; i que no es fes efectiu l'import de cap recepta als farmacèutics si no hi figurava el nom i el domicili del beneficiari.

El doctor Torres, naturalment, no opinava el mateix: entenia que era qüestió de règim interior com una aquella mereixia un estudi detingut. També el doctor Estadella veia impropedent aquest control directe dels metges titulars, ja que, segons el seu parer, no era el major o menor nombre de malalts el que havia de regular el seu salari; en canvi, veia acceptable el control de les receptes servides pels farmacèutics.

Piñol defensava la proposició perquè amb aquesta es veuria si era justificada la gratificació que pretenien els interessats pels serveis extraordinaris. En canvi, Palacín no creia procedent la moció en aquell moment, si bé hi estava conforme en el fons.

Al final, després de les discussions, es va acordar que es tingués en consideració i que passés a informe de la comissió de governació.

El 9 de juliol, l'ajuntament va nomenar practicants de la Beneficència Municipal Josep Gilart Burgués i Pablo Sierra Vargas.

Poc després, el 20 d'agost, es va acceptar la dimissió del farmacèutic titular, Antoni Mestres Mas, i es va fer sortir a concurs la provisió de la vacant. El mateix dia Pinell lamentava que no es practiquessin les anàlisis de farines a la Gota de Llet perquè al laboratori hi mancaven els principals aparells, l'adquisició dels quals era urgent i indispensable. Fins llavors no havia estat necessari preocupar-se d'aquest assumpte perquè el laboratori municipal comptava amb un aparell prestat per l'inspector provincial



Víctor Cava Agelet

de Sanitat. Però reclamat per aquest el microscopi, l'alcalde es comprometé a comprar-ne un com més aviat millor.

El 27 d'agost, Moret, amb motiu de l'atemptat que acabava de cometre's contra un veí, es queixà que al Dispensari Municipal no s'hagués trobat cap metge de guàrdia. També Pinell es va lamentar en recordar un cas semblant.

El doctor Blavia va contestar que el dia al qual es referia Pinell estava de guàrdia el practican Sentís i que en el cas de l'esmentat atemptat corresponia el torn al metge Rabasa; també va fer al·lusió a certa visita domiciliària no complida pels titulars.

Pinell entenia que, segons el reglament, els titulars no tenien obligació d'avisar de les seves absències l'alcalde. El doctor Torres li va aclarir que el reglament els obligava a posar-ho en coneixement de l'autoritat local, però que aquesta els havia rellevat d'aquesta formalitat per considerar que l'essencial era que es complís el servei.

Però, havent-li participat després els doctors Cava i Rabasa que haurien d'absentar-se periòdicament, cada mes, es va reservar consultar el cas i donar-los una resposta.

Blavia digué que per evitar aquests incidents convenia sol·licitar, com ho havien fet altres poblacions, la creació del cos mèdic municipal, el qual deslligaria l'ajuntament de les formalitats del reglament de titulars.

Finalment, Pinell va indicar que no devia passar sense sanció el cas indicat per Blavia. La presidència, en la sessió següent del 3 de setembre, va aclarir que el fet de rellevar els titulars de donar coneixement de les seves absències era a condició que havien de deixar substituït en les seves funcions i participar-ho al negociat de governació als efectes

corresponents.

En la mateixa sessió, la corporació es va assabentar d'un ofici del director del Dispensari Municipal i Casa de Socors, en el qual relatava els fets de què es va ocupar el consistori la sessió anterior i justificava el compliment dels preceptes reglamentaris per part del personal encarregat d'aquell establiment benèfic.

Escollat l'ofici, Blavia va confirmar que no era procedent que els facultatius sortissin del dispensari per assistir a accidents que tinguessin lloc fora. En canvi, per Pinell, un cop aclarit l'assumpte, no hi havia cap censura sobre aquest tema.

El doctor Torres va aclarir, a més, que l'obligació de romandre de guàrdia a la Casa de Socors solament era per als practicants.

Palacín va recordar que Pinell havia afirmat en la sessió anterior que, en trucar a la Casa de Socors cert dia, es va tardar més d'una hora a obrir-se la porta, i que a la mateixa sessió es van denunciar altres casos, fets que no podien relegar-se a l'oblit i dels quals s'havia de fer càrrec la comissió de governació.

Finalment, Pinell va dir que encara no s'havia posat de manifest el nom del metge titular que va faltar al seu deure, segons va exposar Blavia. Torres li va contestar que s'assabentaria d'aquest detall quan la comissió de governació s'ocupés de l'ofici de l'alcalde de barri que acabava de rebre, amb el qual li denunciava una infracció. Pinell li replicà que de tal ofici havia de donar compte al consistori perquè aquest acordés el que fos procedent i a quina comissió havia de passar. La presidència li va respondre que li havia donat el curs reglamentari.

En la mateixa sessió del 3 de setembre de 1920, va quedar finalment aprovada l'acta de recepció de l'edifici destinat a Gota de Llet, Dispensari i Escola de Comerç, construït pel contractista Joan Florensa Benet.

Dotze dies després s'acordà comunicar a la Mancomunitat que Lleida havia complert amb escriure el seu compromís de construir un local per a la instal·lació d'una Escola de Comerç. Pel que fa al muntatge i el mobiliari, s'havien compromès a facilitar-lo la Cambra de Comerç, el Cercle Mercantil i la Diputació, i el personal i el funcionament anirien a càrrec de la Mancomunitat.

L'1 d'octubre s'acordava abonar als metges titulars 87 pessetes i 50 cèntims en concepte d'honoraris per la revisió de 35 mossos forasters de l'exèrcit i gratificar els seus altres treballs en les operacions de quintes amb l'acostumada recompensa de 500 pessetes.

#### ARXIU CONSULTA

AML (Arxiu Municipal de Lleida). Llibres d'actes, 1917-1920.

# 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.

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

**902 200 200**  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

#### DELEGACIÓ A LLEIDA

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

**adeslas**  
ASSEGURANCES DE SALUT





mi

Mutualista Jove

24 hores al dia  
de protecció

El teu futur com a metge,  
**ben arrelat**

Mutualista Jove

MutualMédica

Dels Metges  
i per als metges

Quant et trobes davant d'una  
olivera és fàcil sentir la seguretat i  
fortalesa que emana d'ella.

Una sensació atribuïble a la carre-  
ra mèdica que ara comences i que  
volem enfortir amb els fruits del  
producte **MUTUALISTA JOVE**,  
amb què pots:

**Optar a la Beca Mutual Mèdica  
dotada amb 9.000 €.**

**Sol·licitar el Premi de Natalitat.**

**Disposar d'un assessor personal.**

**Optar pel producte MEL com a  
alternativa al RETA.**

**Contractar una assegurança de  
vida per a la teva hipoteca.**

**Assegurar-te els ingressos encara  
que estiguis de baixa laboral.**

**Estalviar per al teu futur.**



**CIM**

Centre d'Informació al Metge

901 215 216

[www.mutualmedica.com](http://www.mutualmedica.com)  
[cim@mutualmedica.com](mailto:cim@mutualmedica.com)