

Codi Ictus i Unitat d'Ictus: dues novetats terapèutiques a Lleida



Un vespre, vaig trobar-me el pis inundat, perquè una canonada s'havia rebotat: humitats, desperfectes al mobiliari i al parquet, i fins i tot va afectar el pis de sota. Com que tenia contractada la **pòlissa de la llar** amb Medicorasse, em van reemborsar íntegrament l'import total dels danys i es van encarregar de reparar els desperfectes causats al veí. La gestió dels professionals de Medicorasse em va estalviar més problemes.

Dr. Emili Planas. 36 anys

L'assegurança que li proporciona la clau de la tranquil·litat



A Medicorasse, la corredoria d'assegurances del Col·legi de Metges, tenim la clau perquè quan marxí de casa estigui tranquil sabent que té una bona protecció. La tranquil·litat de marxar el cap de setmana o gaudir d'unes merescudes vacances amb la seguretat que tot està sota control.

La pòlissa de la llar ha de ser de confiança. Per això, Medicorasse ha pensat en una pòlissa que, a més de sortir econòmica, li ofereix les millors cobertures tant a casa com fora de la llar, fruit d'una anàlisi professional i objectiva del risc.



Informe-vos-en al vostre col·legi o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 63, març del 2007

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.cat
http://www.comll.cat
butlletimedic@comll.cat

Consell de Redacció:
Emiliano 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 Salud
Carles Roca Burillo
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
Teresa Utgés Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

Impressió: Artgràfic 2010, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

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

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

Excepcional i insòlit

El Dr. Bonaventura Lladonosa va lliurar, el passat febrer, al Consell de Redacció del Butlletí Mèdic un escrit que qüestionava la gestió feta per la Junta de Govern d'un acord adoptat en assemblea de l'any 2000. El Dr. Lladonosa qualificava l'escrit de "carta oberta" al president i demanava la seva publicació en les pàgines del butlletí col·legial.

Llegida i analitzada la carta, el Consell de Redacció va decidir no publicar-la per dos motius. Primer, el consell havia acordat fa anys no crear cap secció de cartes al director, perquè la periodicitat bimensual del butlletí ho desaconsellava. Segon, el Dr. Lladonosa plantejava un tema intern i antic que només podia aclarir mitjançant el seu contacte personal amb la Junta del COML.



La Junta de Govern, tot i conèixer l'acord del Consell de Redacció, va demanar la publicació del text del Dr. Lladonosa, acompanyat de la resposta de la Junta, en atenció a l'edat del signant i a la seva condició d'expresident del COML. La Junta ho considera un exercici de respecte a la llibertat d'expressió, malgrat que aquesta expressió sigui equivocada, injusta i insòlita. La publicació de la carta del Dr. Lladonosa és, per tant, un fet excepcional i irrepetible.

Els metges i metgesses que han participat en els òrgans de govern col·legial coneixen molt bé els mecanismes establerts de transparència, participació i informació. A més, d'aquests professionals s'espera que aportin al Col·legi experiència i actuacions responsables i assenyades. Instrumentalitzar el Butlletí Mèdic per donar publicitat a cabòries personals és un mal exemple.

sumari

Les agressions als metges

El butlletí debat sobre l'augment de les agressions físiques i verbals dels pacients als professionals sanitaris.

PÀGINA 15

Càncer de mama

El Servei d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova presenta el tractament hormonal substituït en els casos de càncer de mama.

PÀGINA 27



Acords de la Junta de Govern

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries del 7 de febrer i 7 de març de 2007, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- Incorporació de Xavier Marca Puig com a director-gerent del Col·legi (vegeu entrevista a la pàgina 6).
- Participació del Col·legi de Metges de Lleida en la creació de la societat Helthsign, SL, amb l'objectiu de la creació, provisió, emissió, distribució, gestió, venda i control de signatura electrònica o digital en totes les modalitats i dels productes de *hardware* i *software*.
- Pròrroga del contracte de presentació de serveis d'assessoria jurídica amb Simeó Miquel Advocats Associats.
- Celebració del Congrés Nacional de Metges de Catalunya, el 21 de setembre a l'Auditori Enric Granados de Lleida.
- Inscripció del Col·legi com a soci a l'Associació Òmnium Cultural.
- Distribució dels diplomes de col·legiats honorífics.
- Subvencionar 15 activitats formatives, d'acord amb les peticions d'ajudes per a cursos, congressos, jornades...
- Distribució per correu electrònic de la declaració *Las cualidades del certificado médico y sus diferencias con los partes y los certificados médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción*, elaborada per la Comissió Central de Dentologia Mèdica.

Moviment de col·legiats

ALTES: Fernando Barranco Peña, Matias Alfredo Facundo Elena, Raquel Ballester Clau, Luis Felipe Cogollo Negrete, Ana María González Pinzón, Ferran Barbé Illa, Angelina Miró Cugat, Alba Casabayó Germa, Mireia Falguera Vilamajó, Maria Victòria Altemir Martínez, Andrés Rodríguez Garrocho, Laia Utrillo Montagut, Eva Maria Pueo Crespo, Ester Sebastià Vigatà, Francesc Xavier Michelena Gil, Víctor Hugo Salamanca Ramírez, Luis Miguel Montaña Esteban, Petronella Maerean, Fausto Riu Pons, Silvia Larrondo Pàmies, Yolanda Torres Plaza i Benjamin Asmet de la Barrera Correa.

BAIXES: mes de febrer: 4. Entre les baixes del mes de març figura la defunció de la Dra. Anna Maria Baili Gilart.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiada honorífica la Dra. Leticia Berengueres Ribó.

CARTA DEL DR. LLADONOSA I RESPOSTA DE LA JUNTA DE GOVERN

Lleida a 5 de febrer de 2007

Carta Oberta al Sr. President



Sr. President:

El 31 de març de l'any 2000 es va celebrar en el saló d'actes del nostre col·legi l'Assemblea General reglamentària.

El punt 4.5 de l'ordre del dia era: "Facultar a la Junta de Govern per a la reconversió del patrimoni immobiliari de Rambla d'Aragó 16-1rA i 1rB". Es sotmet a Debatut el tema entre els assistents (còpia el que dia l'acta). " Es sotmet a l'Assemblea la proposta de facultar a la Junta de Govern per al lloguer o la venda del patrimoni immobiliari de Rambla d'Aragó 16. Després de votar-se les dues propostes es facultà a la Junta de Govern a llogar el patrimoni immobiliari i es denega la seva venda". El Dr. Lladonosa proposa que es trameti una circular als col·legiats per a que el que estigui interessat el pugui llogar.

L'Assemblea de l'any 2001, celebrada el 1 de Juny, al moment d'aprovar l'acta del 2000 personalment vaig presentar de paral·lel primer i posteriorment per escrit una esmena al redactat de l'acord anteriorment esmentat perquè quedés redactat de la següent manera: "Després de votar-se les dues propostes es facultà a la Junta de Govern a llogar el patrimoni immobiliari i es denega la seva venda amb el bon entès que si es lloga sempre tindrà preferència la persona o persones col·legiades al nostre col·legi". Aquesta proposta de redacció va ser acceptada per l'Assemblea i aprovada per unanimitat en l'Assemblea del 2002.

Dit tot això com a preàmbul es per mi una desagradable sorpresa quant a la pàgina 4 del nostre Butlletí Mèdic, nº 61, novembre del 2006 llegixo: "Acords de la Junta de Govern del COML: Signatura amb Gestió de Serveis Sanitaris de contractes d'arrendament dels pisos de Rambla d'Aragó, 16, 1rA i 1rB propietat del col·legi".

Sr. President, personalment no tinc constància que els acords d'Assemblea anteriorment esmentats hagin estat modificats i per tant respectuosament li demano:

- 1.- Suspensió cautelar dels contractes d'arrendament dels pisos de Rambla d'Aragó 16, 1rA i 1rB propietat del col·legi amb Gestió de Serveis Sanitaris.
- 2.- A tots i cadascun/a dels col·legiats/tes comunicació detallada dels contractes d'arrendament amb Gestió de Serveis Sanitaris. No oblidí, Sr. President, que el col·legi es de tots els col·legiats/tes.
- 3.- Temps d'espera en dies o mesos segons la normativa vigent aplicable en aquesta situació concreta.
- 4.- Qualsevol col·legiat/da interessat en assumir els contractes anteriorment esmentats tindrà dret preferent segons l'acord de l'Assemblea de l'any 2000, 2001 i 2002.
- 5.- Únicament en cas de que cap col·legiat/da estigui interessat en assumir les condicions contractals subscrietes amb Gestió de Serveis Sanitaris, el col·legi estarà en condicions de complimentar el seu compromís contractual subscribit amb l'esmentada entitat.

Per acabar, Sr. President, vull recordar-li, amigablement, que els acords d'Assemblea són ètics i jurídicament d'obligat compliment.

Atentament

Signat B. Lladonosa Gallart
Col·legiat nº 578

Dr. Bonaventura Lladonosa Gallart
Col·legiat núm. 578

Benvolgut company,

El motiu d'aquest escrit és agrair-li la seva apreciada col·laboració en tots aquells afers del Col·legi que com a col·legiat el preocupen, la qual cosa es valora molt positivament des de la Junta de Govern.

Dit això, i amb data 6 de febrer de 2007, ens va fer arribar un escrit que es referia a les gestions realitzades per la Junta de Govern del COMLL per llogar els dos pisos que el Col·legi té a la rambla d'Aragó, 16 i que s'han arrendat a Gestió de Serveis Sanitaris per ubicar-hi la congregació de monges que viu a l'Hospital de Santa Maria. Les valoracions dels assessors jurídics de la nostra institució i les consideracions de la Junta de Govern del Col·legi sobre els diferents punts que vostè exposa són els següents:

1.- Tal com recull la corresponent acta, l'assemblea de col·legiats de l'any 2000 va aprovar facultar la Junta de Govern per llogar el patrimoni immobiliari. L'assemblea no es va fer ressò de la proposta de circular plantejada per vostè.

Consten a l'acta de l'any 2001 diferents esmenes que va formular vostè al redactat de l'acta de l'any anterior. Tot seguit, però, l'acta recull textualment: "A continuació, se sotmet a votació l'acta de l'anterior assemblea, que resta aprovada per majoria amb dos vots en contra." No hi ha cap referència a una modificació a l'acta de la sessió anterior d'acord amb les seves esmenes.

2.- L'assemblea no va prendre en cap moment l'acord de comunicar de manera expressa — mitjançant circular— als col·legiats la possibilitat de llogar els locals, sense més condicions.

Com vostè sap, l'acta s'envia a tots els col·legiats, la qual cosa garanteix tant la legalitat, que òbviament ja se suposa, com els principis de publicitat i d'oportunitat envers els acords adoptats per l'Assemblea. Per tant, tots els metges tenien o podien tenir coneixement del tema del lloguer i qualsevol col·legiat s'hauria pogut adreçar al Col·legi durant aquests **sis anys** transcorreguts per demanar l'arrendament dels pisos si hi estava interessat.

3.- No és possible la suspensió cautelar dels contractes que vostè demana, perquè estan legalment signats i emparats per l'acord de la Junta de Govern. La Junta de Govern només ha de donar compte de la seva gestió a l'Assemblea General, en la qual, per descomptat, informará de les condicions dels contractes signats.

Lamento que no hagi tingut interès a sol·licitar la informació necessària a la seu col·legial prèviament a fer-nos arribar la seva carta. Estarà d'acord amb mi que els membres de la Junta de Govern sempre ens hem posat a la seva disposició les vegades que, per diferents motius, ha demanat informació o col·laboració econòmica del Col·legi.

Pel que fa als pisos de lloguer, vostè ja sap que tenen una antiguitat de trenta-dos anys, mai no hi ha viscut ningú i només s'havien fet servir de "magatzem de malendreços". Actualment s'han demanat les cèdules d'habitabilitat que no existien i s'estan fent les obres de condicionament, (electricitat, fontaneria, fusteria, banys, etc.), necessàries per reparar el seu deteriorament. Tot això té un cost superior als 60.000 €, que van a càrrec de l'arrendatari. La renda és de 800 euros/pis/mes, es revisarà anualment i les despeses de comunitat i l'IBI també van a càrrec de l'arrendatari. El termini serà de 10 anys, prorrogables a 5 anys més.

És a dir, que la decisió presa per aquesta Junta de Govern suposa una garantia de conservació del patrimoni col·legial, sense cap cost per al COMLL. A banda de la bondat d'aquesta gestió, realitzada en defensa dels interessos econòmics dels col·legiats, hi ha quelcom més important: la decisió de la Junta està avalada per l'acord que va aprovar fa **sis anys** l'Assemblea General.

Atentament,

Xavier Rodamilans de la O
President Col·legi de Metges de Lleida
Lleida, 12 de març de 2007

Vol treballar perquè els col·legiats percebin el COMLL com una extensió de casa seva

Xavier Marca Puig, director gerent del COMLL, fa només una setmana que s'ha incorporat al seu nou lloc de treball quan es realitza aquesta entrevista. Com demostra el seu curriculum, procedeix del món de les empreses multinacionals. I aquesta experiència se li nota quan explica els objectius de la tasca gerencial al Col·legi de Metges. "El nivell actual d'inversió del col·legi ens aconsella buscar un creixement de la prestació de serveis als col·legiats", diu Xavier Marca.

Es planteja ajudar professionalment la Junta de Govern perquè els metges i metgesses percebin el Col·legi "com una extensió de casa seva", que els ofereix un conjunt de serveis de qualitat, força avançats, en condicions favorables i mitjançant un tracte personalitzat, comenta. Això és possible perquè "el Col·legi negocia amb els proveïdors des d'una posició de força, ja que ho fa en representació d'un col·lectiu important i no com una persona individual".

D'aquí que el COMLL, a més de complir

l'objectiu prioritari de defensar i promocionar la professió mèdica i contribuir a la formació dels col·legiats, assumeixi serveis de financers, asseguradora i gestora fiscal. La incorporació de Marca al Col·legi coincideix, precisament, amb l'època d'elaboració de les declaracions de renda, la qual cosa li permet constatar que un 50% dels metges i metgesses utilitzen el servei col·legial.

Marca, d'acord amb la Junta de Govern, vol aprofitar l'oportunitat de la renda per potenciar i donar a conèixer la targeta del Col·legi. Així mateix, ofereix la possibilitat de realitzar gratuïtament un estudi financer i de les assegurances contractades als col·legiats que presenten la declaració de renda a través del COMLL.

El director gerent destaca, a més, un nou producte estrella en l'àmbit de les assegurances: la contractació d'una prima per cobrar les guardies d'atenció primària i hospitalària en cas de malaltia. També parla d'una assegurança de vehicles "a preus supercompetitius". El Col·



El gerent del COMLL, Xavier Marca

legi endegarà properament una campanya informativa sobre aquestes ofertes.

Marca assenyala, a més, la necessitat d'entrar de ple en la via de l'esponsorització. "El Col·legi desenvolupa activitats formatives i solidàries cada cop més importants, com l'Escola MIR o el Premi

a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, i ha de buscar alternatives per complementar-ne el finançament", diu.

Els primers dies al COMLL

Xavier Marca deixa enrere 20 anys de treball professional a Barcelona. A l'hora de decidir-se a exercir la responsabilitat de director gerent del Col·legi, el van fer decantar l'atractiu i el repte de la feina i de la ciutat de Lleida. "Lleida té una qualitat de vida alta", afirma i afegeix, comparant-ho amb la vida a correu de la capital catalana, que "visc a 5 minuts del lloc de treball i tinc temps per a tot".

Assegura que treballar entre professionals de la medicina no li produeix inquietud ni aprensió, perquè, "en el bon sentit de la paraula, gràcies a ells vivim". No té experiència en el tracte amb aquest col·lectiu, però va estar vinculat anteriorment amb el sector farmacèutic català per motius laborals.

Dels primers contactes amb els col·legiats en treu la conclusió que "els jubilats són un referent molt important i un dels col·lectius més actius del Col·legi". I pregunta a l'entrevistadora: "Ja saps que ara els han concedit el tractament d'«il·lustríssims»?". Hi ha altres pals de paller del col·lectiu mèdic com els metges d'atenció primària i hospitalària presents en diversos òrgans de govern del Col·legi que també mereixen una atenció especial.

Si Xavier Marca ha estat capaç en 7 dies de prendre el pols al Col·legi de Metges i entusiasmar-se amb els projectes, què farà d'aquí a un any?

Pèrdues d'ingressos per guardies i altres

A Medicorasse, la corredoria d'assegurances del Col·legi de Metges, tenim com a prioritat protegir els interessos del metge.

En aquest sentit, treballem per poder oferir als col·legiats aquells productes que més s'adeqüin a les seves necessitats.

Si exerceix la medicina tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària, i en general en tots els àmbits, creiem que li pot ser d'interès un producte especialment dissenyat perquè, en cas de baixa laboral, tingui garantits uns ingressos per no poder treballar temporalment a causa d'una malaltia o accident.

Li oferim la cobertura més adequada a les seves necessitats, tant si desenvolupa activitats en atenció primària, centres hospitalaris -públics o privats- i d'altres amb ingressos complementaris procedents de jornades laborals extraordinàries (guardies mèdiques).

Per contractar la garantia que més s'adeqüi al tipus, volum de guardies que realitza mensualment i quantia del subsidi que vulgui assegurar, informi-se'n al seu Col·legi o trucant al 973 270 811 o, si ho prefereix, retorni'ns la següent butlleta adjunta i l'informarem.

Els avantatges dels serveis financers del Col·legi

Els avantatges que ofereix el compte corrent del Col·legi són els següents:

- Gestió compte corrent amb unes despeses de manteniment mínimes.
- Targeta de dèbit gratuïta.
- Transferències i traspessos gratuïts, sense cap límit.
- Ingressos gratuïts de xecs i talons
- Canvi gratuït de domiciliació de rebuts.
- Rebuts domiciliats sense comissions
- Visa: primer any gratuïta i 16 €/any a partir del segon.
- Accés gratuït al moviment del compte bancari per Internet.

Préstec personal

El COMLL ofereix un préstec personal per a comprar un cotxe, la hipoteca... amb les següents característiques: Termini 3 anys: 6% d'interès a tipus fix 6%. Termini fins a 8 anys: 36 mesos a un interès del 6% i la resta Euribor +1,50%. Només té comissió d'obertura (1%) i de notari (0,3%).

Lleida acull la 4a Reunió Anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil

La ciutat de Lleida acollirà, el proper 18 de maig, la 4a Reunió Anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil. Els assistents a la reunió tindran l'oportunitat d'analitzar, reflexionar i debatre sobre els programes existents, així com aportar la seva pròpia experiència en els diferents àmbits d'anàlisi. La jornada, que tindrà lloc a l'Hotel Condes de Urgel, començarà a les 9.00 hores amb la recollida de la documentació. A les 10.00 hores, tindrà lloc la conferència inaugural, *Joves violència i societat*, a càrrec del psiquiatre Albert Lasa.

A les 10.45 hores, s'iniciarà la taula rodona, *Impulsivitat en la infància i adolescència*. El Dr. Jaume Baró serà el moderador i els ponents seran el Dr. Xavier Gastaminza i Bonaventura Baró.

La segona taula rodona tindrà lloc a les 12.45 hores, on es debatrà sobre *Psicopatologia de la infància i adolescència immigrada*. Els ponents seran el Dr. Joseba Achotegui i la Dra. Lola Aparicio i Carles Alsinet. Després del dinar de treball, a les 16.00 hores tindrà lloc la sessió de pòsters moderada per Eduard Serrano; a les 16.30 hores, la IV Lliçó Folch i Camarasa, moderada pel Dr. Jordi Sasot, i, a les 18.00 hores, tindrà lloc l'acte de cloenda.

La quota d'inscripció és fins al 30 d'abril de 50 euros per als socis, 90 euros per als no socis i 15 euros per als estudiants. A partir de l'1 de maig, la quota per als socis és de 70 euros, 110 euros per als no socis i 15 euros per als estudiants. Els estudiants no tenen tiquet de dinar.

El pagament s'ha de fer mitjançant transferència bancària al compte del Banc de Sabadell 0081-0377-91-0001178321. Totes les persones interessades a inscriure's a la jornada han d'enviar la butlleta d'inscripció degudament emplenada i còpia de la transferència bancària al correu electrònic annajorda@acmcm.es o bé a la següent adreça: Societat Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil, carrer Major de Can Carreleu, 1-7, 08017 Barcelona.

Per a més informació, també es poden adreçar al telèfon de la societat, 93 203 07 31. El comitè organitzador de la reunió està format pel Dr. Àngel Pedra, president; el Dr. Jordi Sasot, vicepresident i els vocals Dr. Josep M. Torrescasana, Dra. Montserrat Dolz i Dra. Montserrat Esquerda.



Curriculum Vitae del gerent del COMLL, Xavier Marca Puig

• Dades personals

Data de naixement: 10 de desembre de 1967

Lloc de naixement: Lleida

• Estudis realitzats

1991/95. Enginyeria Tècnica de Telecomunicacions, equips electrònics, projecte xarxes de so. Universitat Politècnica de Catalunya, Vic.

1997. Dinàmiques de grup, CIFO (Centre d'Innovació i Formació de la Generalitat de Catalunya), Lleida.

1998/1999. Enginyeria i gestió de projectes, Endesa Ingeniería de Telecomunicaciones, SA, Sevilla.

1999/2005. Gestió empresarial, gestió de projectes, negociació empresarial, enginyeria, Colt Telecom España, SA, Krauthammer,

Barcelona, Madrid.

2004/2006. Direcció general, Executive Master Business Administration, La Salle Bonanova, Universitat Ramon Llull, Barcelona-Saint Mary's College, San Francisco.

Idiomes: català, espanyol, francès, anglès, italià bàsic, brasiler bàsic.

• Experiència professional

1988/1991. Cap de logística, Marca Veterinaria. Lleida. Empresa familiar a la qual he estat relacionat des de tota la vida i on he desenvolupat tota mena de tasques, encara que la que més vaig realitzar va ser la de control d'estocs al magatzem.

1996. Manager, Europe for Bosnia, pss. Lleida. Coincidint amb la prestació social substitutòria, em van encarregar coordinar la recollida de roba i menjar envasat a l'àrea de les Garrigues, Lleida.

1997. Enginyer de formació. Formemp, SL. Lleida. Professor d'informàtica a nivell d'usuari de Microsoft

Office i Microsoft Windows per a alumnes de formació ocupacional.

1997/1998. Enginyer de so *freelance*. Lleida, Barcelona. Diversos espots publicitaris i vídeos per a empresa.

Juny 1998. Cap de projecte, enginyeria de territori, Endesa Ingeniería de Telecomunicaciones, SA. Sevilla, Barcelona. Formació del Departament de Projectes de Barcelona. Gestió de projectes de telecomunicacions per a operadors del grup Endesa arreu d'Espanya. Durant la seva execució, coordinació i supervisió de fins a 60 tècnics externs al territori, supervisió de les contractes UTE, tant d'obra civil com instal·lació de sistemes i equipament de telecomunicacions.

Maig 1999. Cap de projecte, Dept. operacions, Colt Telecom España, SA, Barcelona. Gestió de projectes de telecomunicacions per a la connexió amb fibra òptica de comptes nacionals i internacionals amb seu a la província de Barcelona. Creació

VII Simposi en Salut Mental: Trastorns de la Conducta Alimentària

El dia 20 d'abril de 2007 tindrà lloc, a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, el VII Simposi en Salut Mental: Trastorns de la Conducta Alimentària, activitat organitzada de manera anual pel Servei de Salut Mental i Drogodependències del GSS-Hospital de Santa Maria.

L'activitat es dirigeix a metges, psicòlegs, professional d'infermeria, de treball social i a altres professionals de la salut i estudiants de les mateixes àrees. L'objectiu de la jornada és aprendre i reflexionar sobre una realitat que preocupa la societat, millorar els coneixements i poder intervenir millor en pacients amb trastorns de la conducta alimentària.

Hi haurà tres taules rodones: una sobre contextualització, a les 9.15 hores; una altra sobre planificació, a les 10.45, i una sobre intervenció i prevenció, a les 11.45 hores. Finalment, a les 13.15, tindrà lloc una conferència de cloenda. Per a la realització d'aquestes taules s'ha convidat diferents experts. El comitè organitzador espera comptar amb uns 150 participants al simposi. Aquest any, com a novetat, es proposa la realització d'un taller opcional dirigit a aquells professionals que vulguin ampliar coneixements. Per a més informació i inscripcions, podeu adreçar-vos a la supervisora d'Infermeria i a la secretària del PSQ, a l'Hospital de Santa Maria, de 9.00 a 15.00 hores, o al correu mjavernia@gsslleida.org. El preu de la inscripció és de 15 euros per a la jornada del matí i de 35 euros per a la jornada del matí i el taller de tarda.



NOVES UNITATS MONOGRÀFIQUES A L'ARNAU

El Servei d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial crea 6 unitats específiques

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova va posar en marxa, durant el passat mes de febrer, sis unitats monogràfiques destinades a donar una atenció altament especialitzada als seus pacients.

Cada unitat ha estat assignada a un otorinolaringòleg que ha realitzat una preparació específica que li permet desenvolupar-la a un nivell màxim. De la mateixa manera, en un esforç de la direcció de centre, cada unitat ha estat dotada de l'equipament precís per dur a terme aquesta labor.

Les unitats són les següents:

- Unitat d'Audiologia, de la qual s'ocuparà el Dr. J. Soteras i que està dirigida, preferentment, a la detecció precoç de la sordesa en els noutats. Aquesta tasca es desenvolupa al nostre hospital des de fa 14 anys només en nens de risc i actualment abastarà tots els acabats de néixer a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Per poder dur a terme la tasca, existeix una coordinació amb el Servei de Pediatria i, per aquest motiu, ha estat dotat del material i personal d'infermeria necessari.
- Unitat d'Otoneurologia, dirigida pel Dr. V. Palomar, dedicada a l'estudi i tractament del pacient amb vertigen. Dotada amb un modern equipament de videonistagmografia, serà en breu quan es complementarà amb un equip de posturografia dinàmica amb la possibilitat de rehabilitació dels pacients.
- Unitat d'Otorinolaringologia Oncològica, encapçalada pel Dr. E. Sarroca i que està perfectament coordinada amb el Comitè de Tumors de Cap i Coll, que ja funciona des de fa tres anys i en el qual hi participen radioterapeutes i oncòlegs.
- Unitat Otorinolaringològica de Patologia del Son, dirigida per el Dr. J. C. Fortuny, que dins del marc de la Unitat Regional de Patologia del Son, s'ocuparà dels aspectes otorinolaringolò-



Equip de professionals del servei d'otorinolaringologia i patologia

gics dels nostres pacients.

- Unitat de Patologia de la Veu, en la qual el Dr. L. Andreu s'ocuparà del diagnòstic i orientació terapèutica dels pacients que presentin trastorns de la veu. Compta amb un modern equip d'estroboscòpia i anàlisi acústica de la veu.
 - Unitat de Vies Lacrimals. D'aquesta unitat, creada gràcies a la col·laboració amb el Dr. V. Huerva del Servei d'Oftalmologia, se n'ocuparà el Dr. A. Ruiz Ginés, otorinolaringòleg, i que portaran el diagnòstic i tractament de les alteracions de les vies lacrimals, i posaran disposició dels pacients les tècniques més modernes de diagnòstic i tractament, com, per exemple, el làser diodo i la cirurgia endoscòpica nasal.
- D'aquesta manera, pensem que podem oferir als ciutadans un servei al nivell més alt, que redundarà en la millora de la salut i el benestar. Volem exposar aquestes noves accions a la comunitat mèdica per restar a la seva disposició i aconseguir, així, els nostres objectius i motius pels quals han estat creades aquestes unitats.



Els dos premiats amb el president de la Societat Catalana d'Otorinolaringologia

Premien el Servei d'Otorinolaringologia de l'Hospital Arnau de Vilanova

Els doctors Eduard Bodet i Víctor Palomar han estat guardonats amb el Premi Sant Blai a la millor comunicació presentada durant l'any 2006, en el marc de la Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial, sota el lema *Model experimental d'otitis mitjana de repetició en rates: estudi de les lesions coclears amb microscopi electrònic d'escàner*.

El lliurament del premi es va realitzar a la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears de Barcelona, el passat dia 8 de març. El president de la Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial, Dr. J. Risco Arenas, va ser l'encarregat d'entregar el guardó als dos premiats.

Es tracta d'un treball realitzat a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida en el període en el qual el Dr. Bodet desenvolupava la seva activitat professional a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Actualment, el Dr. Bodet és otorinolaringòleg a l'Hospital Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra.

Perfil dels professionals inscrits al Col·legi Oficial de Metges

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida té 1.523 professionals inscrits, dels quals 872 són homes i 651, dones. Aquesta xifra suposa un increment de 51 col·legiats respecte al 2005. Segons les dades registrades el 2006, la franja d'edat amb més col·legiats és dels 45 als 54 anys. Segons la situació laboral, una gran majoria, 1.397, estan en actiu, mentre que 126 són jubilats.

	TOTAL	HOMES	DONES
Menys de 35 anys	262	78	184
De 35 a 44 anys	404	179	225
De 45 a 54 anys	544	337	207
De 55 a 64 anys	185	153	32
De 65 a 69 anys	36	33	3
A partir de 70 anys	92	92	-
TOTAL	1.523	872	651
No jubilats	1.397	752	645
Jubilats	126	120	6

Regió Sanitària Lleida

Institut Català de la Salut

Gerent territorial de l'ICS a Lleida: Gerard Ferrer Valdés

Gerent d'Atenció Primària: Cati Serna Arnaiz

SAP Segrià-Garrigues.
Directora: Gisela Galindo

SAP Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell. Directora: Tere Vilà Parrot

Servei Català de la Salut

Director dels Serveis Territorials de Lleida i membre del Comitè Executiu: Sebastià Barranco Tomàs

Director de la Unitat Operativa de Sectors Sanitaris: Ramon Piñol Llovera

Cap de la Unitat de Planificació: Marta Miret Montané

Cap de la Unitat de Compres de Serveis i Control de Gestió: M. Pilar Urdániz Bondia

Cap de la Unitat d'Atenció al Client: Marta Beberide Nodal

"Quadern de fotografia digital en Atenció Primària"

Els metges de família Jorge Soler González, de l'EAP Rambla Ferran de Lleida; David Riba Torrecillas, de l'EAP Tremp, i Antoni Rodríguez Rosich, de l'EAP Balaguer, han publicat recentment el *Quadern de fotografia digital en Atenció Primària*, en el marc de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). El Dr. Rafa Bravo, metge de família de Toledo,

s'ha encarregat del pròleg del llibre.

Quadern de fotografia digital en Atenció Primària repassa els conceptes generals de fotografia, les diferències i avantatges de la fotografia digital en relació amb la convencional, així com els requisits materials per a la realització de fotografies a l'Atenció Primària (AP) de Salut.

Els doctors també informen de quina és la càmera idònia per a l'AP, de com fer una fotografia en una consulta, com descarregar les imatges a l'ordinador i com retocar la imatge. Es tracta d'un manual de fotografia per facilitar als professionals de la medicina l'ús de la fotografia digital a l'atenció primària.



VII Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular

La Unitat de Factors de Risc Cardiovascular del Servei de Medicina Interna de l'Hospital de Santa Maria va organitzar, el passat 24 de febrer, la VII Jornada d'Actualització sobre Factors de Risc Cardiovascular. Uns 150 participants van assistir a la trobada, que va constar de sis tallers d'una hora i mitja de durada. Una vegada més, la jornada va ser un fòrum obert per aprofundir en el tractament, maneig i control del pacient amb múltiples factors de risc vascular per tal de millorar la salut cardiovascular de la regió de Lleida. Els tallers permeten actualitzar-se en un tema i participar a fons en el debat des de la pràctica diària. Els tallers de la jornada van tractar els següents temes:

- La monitorització ambulatoria de la pressió arterial*, presentat per la Dra. C. Dalla'nasse, nefròloga de l'HUAV, i el Dr. G. Torres, internista de l'Hospital de Santa Maria (HSM).
- La diabetis*, a càrrec del Dr. M. Pena i el Dr. D. Bartolomé, de l'ABS del Pla d'Urgell de Mollerussa.
- Nutrició i malaltia vascular*, a càrrec de P. Rubio.
- Tabaquisme*, presentat per F. Abella, psicòleg de l'HSM.
- Mesura de la pressió arterial*, a càrrec de J. M. Gutiérrez, de la Unitat d'HTA de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
- Fibril·lació auricular*, amb el Dr. C. Roca, de l'ABS Rural Nord de Lleida, i el Dr. Cabau, de l'HSM.

La presentació oral dels pòsters va ser moderada pel Dr. David Bartolomé. El premi va recaure en el Dr. Villanueva, de l'ABS del Pla d'Urgell de Mollerussa, amb el títol *Circumferència abdominal o índex de massa corporal. Heus ací la qüestió*.

A la taula rodona, moderada pel Dr. G. Torres, el Dr. Armario va parlar sobre el concepte de prehipertensió, que equival a HTA límit: 130-139/85-89 mm Hg i dels paràmetres que indiquen desenvolupament d'hipertensió establerta en una fase posterior. A partir de xifres superiors a 115/75 mm Hg, com més grau de pressió arterial (PA), més mortalitat. Dels predictors d'HTA destaquen: l'edat, la història familiar d'HTA en familiars de primer grau, l'augment del pes (IMC), xifres de PA prèvies, la ingesta de sal (per ionograma cada 17 mEq en orina de NA equival a un gram de Cl Na, fórmula per conèixer el consum de sal), la hiperreactivitat cardiovascular reflectida per la taquicàrdia i els biomarcadors: albuminúria, PCR (inflamatori) i PAI-1 (trombogen). En l'última intervenció, el Dr. Cabau va fer una actualització en el tractament antihipertensiu: la tendència actual a les combinacions establertes, IECA i ARA II amb calcioantagonistes i diürètics, que aporta una millora en el control de la PA; la pèrdua d'interès en l'associació de diürètics i betabloquejants que afavoreix l'alteració del perfil lipídic i glicèmic dels pacients; l'aparició del primer inhibidor de la renina, aliskiren, de propra aparició en el mercat, com a fàrmac hipotensor en monoteràpia o associat a diürètics, IECA i calcioantagonistes.

Dr. J. Cabau

L'atenció sanitària entre metges i al professional jubilat

En un butlletí recent hem pogut copsar el malestar manifestat des de la Secció de Metges Jubilats del Col·legi vers l'atenció sanitària rebuda, tant en l'àmbit de l'atenció primària com en l'hospitalària. Certament, la demanda de major consideració i deferència en l'assistència entre companys ha estat reclamada i considerada en altres col·legis d'altres províncies. Alguns han arbitrat fórmules d'identificació i atractius convenis de facilitació assistencial.

No és, doncs, un problema circumscrit a Lleida, ni tan sols al col·lectiu de metges jubilats. És una remor ocasionalment manifestada per professionals metges en la condició de pacients, ja que tots tenim la possibilitat d'emmalaltir. Les nostres expectatives en la relació assistencial entre metge-sol·licitant i metge-actuant es veuen, a vegades, ben frustrades.

L'avaluació de les reclamacions i suggeriments és un dels puntals dels programes de millora de qualitat. Vist des d'aquesta perspectiva, el col·lectiu de metges jubilats actua en aquest cas com "informador clau", expressant com a usuaris un dèficit de qualitat percebuda del sistema sanitari. Entre la bibliografia relacionada amb l'entrevista clínica i en la redacció d'aquests paràgrafs, brota el títol d'un petit manual, *Provant de seure a l'altra cadira*. Lectura necessària en l'etapa de formació de residents, que ens trasllada a un dilema complex de canvi de rol de metge a pacient.

La medicina es pot viure com una professió entre tantes, però no és així en la majoria dels casos. Ser metge és, en realitat, un tret personal identitari i diferencial que no s'esgota amb la jubilació. Canvien les obligacions, però seguim actuant, intervenint, opinant i pensat com a metges; per tant, en la relació metge-pacient l'escenari de la consulta cal definir-lo entre professionals.

El Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya fa breus referències a les relacions interprofessionals:

- Art. 94. El metge, per damunt de tota consideració jeràrquica, ha de tenir en compte que qualsevol altre metge és un company que mereix un respecte imposat pel costum mèdic universal, i com a tal ha de tractar-lo.

- Art. 123. El metge ha d'assistir el company sense el cobrament de cap mena d'honoraris, i és recomanable seguir l'antiga tradició de fer-ho també amb els familiars que econòmicament en depenguin, la vídua o el vidu, i els orfes. Podrà fer-se abonar les despeses materials produïdes en l'acte mèdic que siguin oneroses per al metge.

I altres apartats de consideració més global i que fan referència a trets discriminadors:

- Art. 4. El deure del metge és prestar atenció preferent a la salut del pacient, atenció en què en cap circumstància no interferiran motivacions religioses, ideològiques, polítiques, econòmiques, de raça, sexe, nacionalitat, condició social o personal del pacient, ni pel temor del metge d'un possible contagi.

En els darrers anys, el vessant més corporatiu de la medicina ha deixat pas a una progressiva immersió institucional de la professió, que facilita actituds més distants i impersonals. Això no és pròpiament una justificació de res, però és fàcil entreveure que la sobrecàrrega del serveis públics, les llistes d'espera i la manca d'autogestió de la pròpia feina no faciliten les opcions de deferència.

Tot i que estem acostumats a veure com determinades empreses i institucions afavoreixen el seu propi personal en els serveis prestats, en el sector públic sanitari es fa difícil proposar-ho com a tret de discriminació positiva. Segurament, si l'equitat bàsica que èticament cal exigir a la sanitat pública estigués fonamentada en una prestació de qualitat tècnica i humana suficient, tota l'argumenta-

ció tindria poc sentit. Sense cap dubte, també els professionals en actuació voldríem afavorir una millor relació entre companys. Qüestions com demores, llistes, consultes accelerades, cordialitats i formes perdudes, etc. ens fan sentir captius d'uns problemes i d'un model dels quals només som part actuant.

No obstant això, no seria correcte escudar-se en els entorns jeràrquics o institucionals. Certes actituds demandades tenen una esfera preferentment interpersonal en la relació metge-pacient. La relació i l'entrevista clínica estan basades en unes actituds i aptituds individuals, tot i la transcendència de l'entorn. En aquest cas, és un pacient segurament singular... segurament d'especial consideració... És un "company metge".

Codis de deontologia d'altres comunitats defineixen la relació entre professionals de manera més concluent, si fos possible: "La confraternidad entre médicos es un deber prioritario y sobre ella sólo tienen precedencia los derechos del paciente." "Los médicos deben tratarse con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica entre ellos."

És ben cert que aquests codis de conducta professional no són estrictament exigibles, ni per un reglament escrit, ni per al pacient-metge ni per a les organitzacions proveïdores. Han de formar part del bagatge de relació voluntàriament acceptat entre col·legues.

A ningú escapa que altres col·legis també preocupats pel tema han buscat solucions ben travades i pactades, i que segurament donen els seus fruits. Egoïstament, seria un benefici col·lectiu arbitrar com a la Comunitat de Madrid, amb fórmules de facilitació i convenis assistencials en àmbits de consulta col·legial, proves complementàries, tarifes mutuas, etc., sempre que no suposin competència prioritària amb l'atenció dels usuaris del sector públic.

En conclusió, en aquesta relació assistencial que ens ocupa, la deferència ha de ser un atribut de companyerisme i respecte entre professionals. Les preferències i precedències en aspectes de qualitat i accessibilitat han de ser matisades i no han de suposar greuges amb la resta d'usuaris del sector públic. Segurament, certs aspectes de privilegi han de ser redreçats per convenis paral·lels.

Antoni Rodríguez Rosich
Vocal de la Comissió de Deontologia

Lleida acull l'XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia i el XXI Curs d'Actualització en Neurologia

L'edifici de la Biblioteca de la Universitat de Lleida va acollir, els passats dies 15, 16 i 17 de març, l'XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia i el XXI Curs d'Actualització en Neurologia, organitzats pel Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, entre d'altres.

L'objectiu d'aquestes trobades és compartir coneixements entre professionals i debatre temes relacionats amb aquesta especialitat. El programa de la Reunió de la Societat Catalana de Neurologia i el Curs d'Actualització en Neurologia inclou diverses ponències, tallers pràctics, taules rodones i cursos.

Entre els temes més rellevants que es van abordar durant els tres dies cal destacar els trastorns del son i la polisomnografia, les malalties vasculars cerebrals, el Parkinson, l'esclerosi múltiple, les cefalees, l'epilèpsia i la neurosonologia, així com el concurs de pòsters.

Totes les ponències van ser impartides per

especialistes de l'àmbit de la neurologia.

D'altra banda, el divendres dia 16 de març va tenir lloc la III Jornada Catalana d'Infermeria Neurològica, organitzada per la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. La jornada es va celebrar al Campus Universitari de Cappont.

Sota el lema *Cuidatges especialitzats d'infermeria neurològica*, el programa previst inclou una conferència i tres taules rodones: cuidatges a l'ictus en el segle XXI, cuidatges d'infermeria en la malaltia del Parkinson i cuidatges d'infermeria en l'esclerosi múltiple. I també una exposició, un concurs de pòsters i el lliurament de premis per part del Col·legi Oficial d'Infermeria de Lleida.

ESPAI DELS SÈNIORS

La secció de Sèniors participa a l'Assemblea General de Madrid

La secció de Sèniors del Col·legi de Metges de Lleida va participar, el passat 2 de febrer, en l'assemblea general celebrada a Madrid. Entre els nombrosos temes que es van tractar destaca l'anunci del I Congrés Nacional de Metges Jubilats. Aquesta trobada tindrà lloc el 17 i el 18 d'abril a Còrdova. Està previst rebre el programa de la sortida durant el mes de març. De moment, el cost del congrés és molt alt i s'està treballant per reduir-lo.

L'assemblea és un espai de consulta i permet resoldre els dubtes dels membres. Així, el representant nacional va explicar en el seu informe que, segons l'article 37 del reglament, els representants dels metges jubilats han de ser membres de les juntes dels col·legis. Un fet que no succeeix a Lleida, Barcelona i Àlaba. Així mateix, l'assemblea va permetre conèixer que els diners que hi ha al fons dels metges d'APD es destinaran a la residència geriàtrica de Guadalajara, que s'obrirà al mes de maig.

Un altre dels aspectes que va tractar l'assemblea fou l'atenció als metges jubilats en la sanitat. En aquest sentit, el representant de Ciudad Real, Dr. Antonio Cinca, va explicar que a la seva província tenen dificultats en l'atenció rebuda per altres col·legues en exercici. D'altra banda, el vocal de Burgos, Dr. López González, comenta que és immoral que sigui necessari pertànyer a una societat medicoquirúrgica per ser atès. A la seva província han aconseguit que es tracti bé els metges jubilats.

Activitats lúdiques, culturals i d'oci

La secció també hem participat en activitats lúdiques i culturals. El passat 28 de febrer, un total de 27 membres de la nostra secció vam visitar l'Espluga de Francolí, una activitat que ens va permetre conèixer el Museu de la Vida Rural, on vam veure de primera mà la història de la pagesia de les nostres contrades, el Cellar i el Museu del Vi, edifici d'estil modernista dissenyat per l'arquitecte Domènech i Muntaner (que va ocupar-se també de les construccions del Palau de la Música, de Barcelona, i de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, entre altres) i el seu fill. El recorregut cultural va finalitzar amb la visita a la impressionant



Els sèniors van visitar el Museu de la Vida Rural de l'Espluga de Francolí

Cova-Museu de la Font Major, una de les coves de conglomerats més llargues del món, amb 3.590 metres explorats, dels quals nosaltres en vam recórrer 500. La cova conserva vestigis d'ocupació del paleolític, dels neandertals, del neolític, de l'època del bronze, de la ibèrica i empremtes del període iberomà.

D'altra banda, el 5 de març es va iniciar un curs d'informàtica de 26 hores destinat a 10 membres de la nostra secció. El Club Sant Jordi de Caixa Catalunya cedeix la seva aula de manera desinteressada. Des d'aquí, els agraïm la seva col·laboració.

Els membres de la Secció dels Sèniors vam celebrar un dinar, el passat 14 de març, que va comptar amb la presència de jubilats, les seves esposes i les vídues dels sèniors. La nostra voluntat és mantenir una trobada mensual el segon dimecres de cada mes. Per a més informació i per inscriure-s'hi, cal trucar al Dr. Sierra de Benito (973 268 182) o a la Sra. Maria Teresa Martínez (973 234 592).

A més, la Secció va iniciar, el passat 15 de març, un cicle de conferències-col·loqui que se celebraran el tercer dijous de cada mes.

El primer col·loqui va tractar el tema *Les conseqüències de permetre l'eutanàsia: lliçons d'Holanda*, a càrrec de Joan Vidal Bota, doctor en Medicina, pediatre, màster en Bioètica i Dret i vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Les conferències tenen lloc a la sala d'actes del Col·legi de Metges, a les 19.00 hores. El programa fins al juny és el següent:

- 19 d'abril, Fernando Boneu Companys, metge maternòleg de l'Institut Dexeus de Barcelona, Maternòleg de la Seton Hall University, N.J. i acadèmic de número de la Reial Acadèmia de Belles Arts de Sant Jordi, oferirà la xerrada *Parlem de Lleida*.

- 17 de maig, Isabel Viladomiu Olivè, psicòloga clínica, màster en Bioètica i Dret i presidenta de l'Associació Catalana d'Estudis de Bioètica, ens donarà a conèixer *Ets i uts de la nova llei de reproducció assistida*.

- 21 de juny, José Javier Lozano Lucea, catedràtic de Física i Química, exconseller de l'Institut d'Estudis Ilerdencs, membre de l'Associació Ilerdenca de Paleontologia i professor de geologia, tractarà *Evolució humana. De dónde venimos y dónde vamos*.



La secció dels sèniors va veure la Cova-Museu de la Font Major. A l'esquerra, imatge del nou curs d'informàtica destinats als sèniors

El degà del segle XXI (II)

El Butlletí Mèdic segueix el debat iniciat en el número anterior sobre la renovació del degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. En aquesta ocasió, publiquem l'opinió que ens ha fet arribar el vicedegà adjunt i responsable de la Unitat d'Educació Mèdica de la UdL, Joan Prat.

Activitats d'un degà en una Facultat de Medicina

A finals dels anys 80, la Llei Orgànica d'Universitats va consagrar l'estructura matricial centres/departaments com a entrellat bàsic de gestió de la universitat i va definir les mateixes competències per als departaments i els centres. De llavors ençà, per als degans amants de recolzar en normatives i textos legals el full de ruta del qual han i no han de fer en l'exercici del seu càrrec, la legislació vigent resulta un recurs poc útil. Ni tan sols és possible descobrir en la legislació una visió clara de quina és la funció de l'estructura de gestió universitària de dita facultat. El trencament de la tradició del degà omnipotent en la gestió de la facultat, juntament amb la manca de definició d'un nou rol, han inhibit durant molts anys (en alguns centres encara ara) les persones que ocupen aquesta posició, de prendre decisions que no els són reglamentàriament adjudicades. Això ha portat les facultats de Medicina (i totes les altres) a un desgovern (reconegut en cercles formals, amb certa indulgència i eufemisme, com a déficit de governança), més patent en unes facultats que en altres, però, en general, sempre acompanyat de conseqüències negatives per a l'òptim desenvolupament de la missió de la institució.

Si la legislació no ens ajuda a saber el que hem de fer, hem de recórrer al sentit comú: la funció d'un degà és la de gestionar una

facultat. En conseqüència, tindrà unes funcions lligades a l'optimització dels processos que es produeixen en aquesta estructura, en la millora dels resultats i de les condicions de treball de les persones que en formen part (de qualsevol dels tres estaments) i a assegurar la correcta gestió dels recursos que la societat posa a disposició de la missió de la facultat, tant mitjançant les seves actuacions al propi centre com en representació d'aquests interessos a l'exterior.

Què es gestiona en una facultat?

La resposta a aquesta pregunta pot ser diferent en diferents universitats, però, i sobretot a les facultats de Medicina, existeix un acord considerable que el Deganat ha de gestionar directament l'activitat de formació, en què és més indirecta la seva acció (i, per tant, responsabilitat) quant a l'activitat de recerca. Això és especialment cert en aquests moments, en què cada cop més la recerca sembla adreçada a ser gestionada per una estructura emergent en el panorama universitari, els instituts de recerca. Això no vol dir, però, que la seva activitat no influeixi sobre la recerca, ja que en el panorama de la gestió universitària actual en el nostre país els recursos destinats a la formació i els destinats a la creació científica (des d'espais, recursos bàsics —aigua, llum i

telèfon— o temps de professorat, entre altres) estan mal diferenciats, fet que en dificulta la gestió.

D'altra banda, en aquest mateix context, l'espai de gestió del degà sovint es confon amb l'àmbit de competència de les estructures de gestió de la universitat (Rectorat) i dona lloc a espais que poden o no ser assumits per ningú, amb la conseqüent inhibició en la presa de decisions per ambdues parts o, al contrari, ser objecte d'actuacions dobles, que en el cas de respondre a visions diferents poden portar a enfrontaments molt negatius per al bon funcionament del centre. És urgent avançar en una adequada definició de les competències específiques del degà en cada universitat, si bé una entesa amb les estructures de gestió universitària (que no ha de suposar subordinació, sinó assumpció dels nivells de responsabilitat corresponent a cada un dels nivells de gestió) ha de facilitar la correcta coordinació entre els diferents nivells de gestió. Aquesta, a més, pot millorar en eficiència si s'assumeix un principi paradigmàtic a la Unió Europea, el de subsidiarietat, que implica que sempre és més eficient l'administració més propera a l'administrat i, per tant, tot el que fa referència a l'estructura facultat hauria de ser directament i exclusivament administrat pel degà i el seu equip, i haurien de quedar per a les estructures de Rectorat els elements de gestió que fan refe-

rència a les diferents facultats o, excepcionalment, l'assumpció de problemes que hagin sobrepassat clarament la capacitat de gestió d'un equip deganal.

Entenent que aquest és l'entorn en què es desenvolupa l'activitat del degà, podem analitzar la matèria del seu àmbit de gestió. En termes generals, gestionar consisteix a optimitzar uns processos perquè amb els recursos mínims necessaris obtinguem uns resultats de la màxima qualitat (en què aquesta és la variable principal de l'equació i, entesa en el cas de la formació, a l'adquisició de la màxima competència possible per a l'exercici de l'activitat professional).

Traduint aquesta generalització a l'àmbit de gestió d'un degà, hem d'assumir que el procés general que s'administra és la formació de metges (que després en una anàlisi més concreta caldria diferenciar en les tres grans fases de grau, postgrau i desenvolupament continuat, i subdividir en sub-processos que cal abordar per separat, un nivell d'anàlisi per al qual no dona l'extensió d'aquest treball). Paral·lelament a això, gestiona també l'ambient de treball dels diversos professionals, l'ambient d'aprenentatge dels estudiants i altres aspectes menors (que no poc importants, però sí inabastables aquí). La gestió de la formació implica tenir coneixements específics de l'exercici professional i els seus condicionants, de mètodes d'aprenentatge i de gestió de personal, o almenys una intel·ligència emocional força desenvolupada per realitzar aquestes funcions amb eficiència.

Els resultats del procés de formació no són tampoc simples de definir. Existeix un primer nivell de resultats, els de l'eficiència numèrica del procés (la taxa de graduació, durada mitjana dels estudis, etc) relativament fàcils d'interpretar (encara que no tant d'intervenir en els seus valors). Altres nivells d'avaluació dels resultats, més rellevants, al meu entendre, que el de la pura eficiència del procés,

impliquen una valoració qualitativa dels resultats del procés formatiu global, valoració qualitativa que hauria de tenir múltiples dimensions. La més directa és la de la competència per a l'exercici de la professió. La competència professional és un agregat de moltes característiques de l'egressat que el fan actuar correctament, en un entorn de treball determinat. Un plantejament seriós de la competència no pot deixar de banda components tan essencials per a un exercici professional correcte com són les actituds i els valors, així com la dependència de la competència en l'acció de les característiques de l'entorn on es desenvolupa l'activitat professional. Totes aquestes consideracions corresponen a l'àmbit d'actuació d'un degà, i en el benentès de la importància radical dels resultats per valorar la qualitat de l'acció formativa haurien de formar part del nucli dels neguits del degà d'una facultat. Com també hi ha de formar part la necessitat de trobar formes per valorar aquest nivell de competència (o d'incompetència) amb què es passen al sistema sanitari els estudiants amb una llicència d'exercici (per bé que teòricament restringit en el sistema públic de salut). El control dels elements (recursos) que poden permetre una intervenció sobre aquests aspectes hauria de formar part també de les capacitats del degà.

Altres aspectes de la formació, com una adequada capacitat d'autocrítica, de reconèixer les pròpies competències i limitacions, de cercar la seva renovació i millora, de raonar des d'una base científica i, al mateix temps, de raonar des del coneixement empíric quan aquesta manca i un llarg etcètera són competències que formen part d'un bagatge personal de l'estudiant que s'adquireixen, més que sobre la base de la formació teòrica amb una forta influència d'allò que s'ha viscut en moure's per la facultat (i l'hospital) amb els ulls oberts. Aquestes competències es troben en la

base d'una correcta assumpció de la professió de metge. Un degà no pot deixar d'ocupar-se d'aquestes qüestions i de la qualitat dels entorns en què es van adquirint.

Un degà ha de saber també en quins aspectes de la formació de postgrau i continuada la facultat hauria d'assumir responsabilitats. Aquesta qüestió és particularment important en facultats situades en llocs petits. Estem segurs que la facultat no ha d'intervenir en cap cas en la formació MIR? Ni tan sols en la seva planificació sobre la base d'unes competències garantides en el grau? I quin és el paper dels professors de la universitat que intervenen en la formació dels MIR? Quin paper pot jugar la formació de tercer cicle en les vocacions més decantades cap a un exercici més intens de l'activitat de recerca? ¿Quin paper ha de jugar la facultat en la formació continuada, juntament amb el col·legi, les patronals, els sindicats, l'administració, les associacions mèdiques i científicomèdiques quan en territoris de recursos limitats la facultat és l'estructura on s'apleguen els professionals, en general, més ben preparats? Un territori com Lleida i la seva zona d'influència no poden permetre's el luxe de no comptar la facultat, les seves estructures i recursos (incloent-hi el *know-how* en molts camps), entre els recursos al servei de les necessitats sanitàries de la població, i no només en el camp de la formació. El degà té l'obligació d'ancorar institucionalment la facultat a totes les institucions del sistema sanitari presents en el territori i generar camins bidireccionals de relació amb totes. Aquesta mateixa funció l'ha de dur a terme per situar la Facultat de Lleida en el context dels seus parells, les altres facultats de Medicina i altres institucions relacionades amb la sanitat situades en entorns més llunyans, amb les quals hi ha d'haver relacions de cooperació, a l'hora que una sana competitivitat. També cal comptar que ha de ser el responsable d'una política tendent a realitzar aliances estratègiques i aprenentatge cooperatiu amb altres centres per facilitar-ne la millora permanent del centre.

Un camp complementari a la gestió del procés de formació, definit de forma somera en els paràgrafs anteriors, és el de la

- **La funció del degà és assegurar**
- **la correcta gestió dels recursos**
- **i optimitzar els processos**

- **El degà té l'obligació d'ancorar**
- **la facultat a les institucions del**
- **sistema sanitari del territori**

gestió dels recursos que com a gestor públic la societat, a través de la universitat, posa a les seves mans. El degà ha de gestionar recursos de personal, infraestructures i espais, i pressupostos, recursos tecnològics propis de la formació com a tangibles. Com a intangibles, ha de gestionar programes de formació, convenis, relacions amb diferents tipus d'institucions, les pròpies relacions internes amb altres estructures de la universitat, incloent-hi els departaments, i de forma molt particular, per la seva transcendència en el procés de formació i el seu pes específic, amb les institucions sanitàries, amb les quals, malgrat uns objectius molt diferents d'entrada, la Facultat de Medicina ha d'assolir un alineament de polítiques de personal, ús de recursos compartits (espais, altres infraestructures), formació (en els tres nivells), etc. imprescindibles a curt termini per a la funció formativa de la facultat, i també a mitjà i llarg termini per a la qualitat de la funció assistencial de l'hospital. També com a líder de la facultat és responsable del seu bon funcionament com a organització, definint objectius i metes comunes, posant els mitjans perquè es produeixi un ambient de comunicació eficient i sent sensible a les aspiracions legítimes dels diferents col·lectius, i també les diferents persones, sempre amb una visió d'equitat,

- **La capacitat de comunicació empàtica és una necessitat pròpia dels càrrecs de gestió**

i també de minimització dels recursos emprats per assolir uns objectius que, en el cas de les facultats de Medicina, a causa de la complexitat de la tasca de formar metges, sense oblidar les necessitats de la molt competitiva recerca pròpia de les institucions universitàries, mai poden ser escassos. Un aspecte particularment important en aquest sentit és la necessitat que el Deganat, que d'entrada té poques competències en la definició de polítiques, en la construcció dels entorns i en la gestió dels recursos per recerca, sigui particularment sensible a protegir les delicades condicions que fan que el treball de recerca mantingui un nivell òptim d'eficiència. El degà gestiona recursos que sovint són d'ús compartit (temps de professors, estructures organitzatives, infraestructures, programes, plans docents, etc.) i és important que amb la seva acció, i sense oblidar

la garantia de la formació que l'hi és encomanada, optimitzi la gestió d'aquests recursos perquè cap dels processos no entorpeixi l'altre innecessàriament, com se sol tenir en compte també pel que fa a la compatibilització entre la tasca docent i l'assistencial.

La capacitat de comunicació empàtica és una necessitat pròpia de qualsevol càrrec de gestió, i molt particularment en aquelles organitzacions que, com la universitat, tenen un feble nivell de jerarquització. Una intel·ligència emocional ben desenvolupada, juntament amb una voluntat de comprendre i escoltar, són tan importants com la capacitat de fer-se entendre i de comunicar les pròpies idees amb precisió en un entorn que sempre ha estat complex i que en aquests darrers anys se n'està tornant molt més.

Resulta evident que cada un d'aquests apartats es podria desenvolupar enormement, i l'únic que he fet en aquest redactat és apuntar els elements i no discutir-ne els condicionants i les realitats. La tasca d'un degà és, evidentment, una tasca complexa, de l'èxit de la qual en dependrà l'èxit de la facultat i el millor o pitjor ambient que envolti els seus habitants.

Voldria, com a tancament d'aquest article, desitjar el major encert a aquell qui ocupi aquest lloc a la nostra Facultat de Medicina.

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!
Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**
Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

Les agressions als metges

Els professionals de la sanitat lleidatana han detectat un augment de les agressions físiques i verbals en els últims anys per part dels pacients. El butlletí proposa un debat al voltant d'aquest tema per conèixer les seves causes i conseqüències amb l'opinió d'especialistes de diferents àmbits.

Augment de les amenaces

Els metges, en l'exercici de la nostra professió, hem assistit en els darrers anys a un augment de les amenaces, agressions verbals i físiques realitzades pels pacients o els seus familiars.

Allò que antigament eren fets aïllats, gairebé sempre comesos per pacients amb trastorns de conducta, s'han anat incrementant fins al punt que determinades enquestes realitzades en el marc professional demostren que fins al 85% dels metges s'han vist sotmesos a una situació de violència física o verbal.

Així mateix, s'ha constatat que la major part d'aquestes agressions es produeixen en l'àmbit de la sanitat pública, i són molt menors en l'assistència sanitària privada, de la qual cosa es desprèn que, segons les característiques pròpies del servei que es rep, disminueix la tolerància a les condicions que tots, professionals i usuaris, hem de suportar (la massificació de consultes, llistes d'espera, etc.) i, al mateix temps, incrementa la capacitat de protestar o de reivindicar mitjançant actituds agressives manifestades contra els facultatius totes aquelles carències o dèficits del sistema.

Els metges hem d'assumir la nostra càrrega de responsabilitat en la pèrdua de confiança i del respecte necessari existent en molts casos de violència, però també hem de denunciar que en aquesta situació, tots, des de l'Administració fins als usuaris, passant pels professionals, ens trobem sotmesos a un sistema que ens ha estat ofert com una panacea de recursos i prestaci-

ons infinites, però que, al mateix temps, no ofereix els recursos materials, econòmics i humans suficients per complir amb allò que s'ofereix.

Potser aquesta nova realitat sigui l'expressió d'un problema general de la societat en què alguns dels seus membres generalitzen la violència com a mitjà per aconseguir el que desitgen (determinades medicacions, baixes laborals, rapidesa en l'assistència a la seva conveniència, etc.). És cert que l'ambient social està enrarit, però també ho és que l'ambient en què exercim la nostra professió no ajuda precisament a normalitzar les mínimes condicions de confiança, lleialtat i entrega necessàries per al desenvolupament de la nostra activitat assistencial.

Des de fa ja anys, el Col·legi de Metges de Lleida, complint un acord del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, ofereix una assegurança d'agressions als seus col·legiats, solidària entre tots els metges catalans i que ens permet disposar de l'assistència i assessorament jurídic per poder denunciar aquest tipus d'actituds.

Creiem que l'actual disposició de la Fiscalia de Catalunya, que recentment ha comunicat que les agressions als metges seran

- **Les enquestes diuen que el 35% dels metges han viscut una situació de violència**

qualificades d'atemptat a l'autoritat, situació que pot comportar la imposició de penes de presó, moderarà el nombre i la gravetat dels actes violents contra metges i, en tot cas, acabarà amb la impunitat dels agressors.

No obstant això, pensem que s'haurien d'arbitrar unes normes que mirin d'evitar aquestes situacions tan lamentables i que ens produeixen una sensació d'inseguretat, fins i tot de por, i que perjudiquen, a més a més, l'exercici de la nostra labor assistencial.

Per això, la Junta de Govern, a través del president del Col·legi, té previst aportar una proposta per debatre en la propera reunió de la Comissió Permanent del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, amb la intenció que, si s'aprova, sigui defensada en el si de la mesa de l'organització professional del Consell de la Professió Mèdica a Catalunya.

- Registre oficial d'usuaris de la sanitat que hagin comès un acte d'agressió contra el personal sanitari i que permeti actuar l'Administració amb mesures de caràcter administratiu contra aquest (els drets i deures dels usuaris, els actes de violència física o verbal que no tinguin sanció judicial haurien de tenir algun tipus de sanció administrativa).

- Facilitar al personal mèdic poder rebutjar l'atenció sanitària (excepte en casos de necessitat) de l'agressor amb l'habilitació d'un canvi de facultatiu perquè l'usuari pugui exercir el seu dret a la salut i el metge el de desenvolupar el seu treball en les condicions adequades de respecte mutu (quin trencament més gran en la confiança i en la relació metge-malalt quan ha existit una agressió!!) (cal recordar que hi ha situacions laborals, com la de

l'assistència rural, que fan més difícil aquest tipus de solucions).

- Sol·licitar per a l'agressor, en aquells casos en què calgui, mesures de seguretat per al metge, la seva família i el seu patrimoni, i unificar les peticions per part dels advocats en tot el nostre àmbit territorial.

- Cartells als centres de treball en què es faci referència al tracte del personal per part de l'usuari.

- Augmentar les mesures de seguretat als centres més conflictius (urgències hospitalàries i centres d'atenció primària) i dotar-los de personal de seguretat i de mitjans tècnic (càmeres, avisos acústics, etc.) perquè el presumpte agressor se senti intimidat i que l'agredit pugui ésser auxiliat amb major rapidesa.

- Campanya de dignificació de la figura del metge, en què es doni a conèixer a l'usuari la importància de la feina que realitzem i les condicions en què la desenvolupem (massificació, llistes d'espera, manca de mitjans, jornades inagotables, guàrdies, dificultats de conciliació familiar, etc.).

Confiam que amb l'esforç de l'Administració, agents socials i col·legis professionals puguem recuperar la confiança necessària en la relació metge-pacient i evitar aquest tipus de situacions de violència que tan greument perjudiquen la societat i la pràctica de la nostra activitat professional.

La Junta de Govern del COMLL

Resolució dels conflictes amb actituds agressives

Tot i que les situacions de violència en l'àmbit sanitari no són excessivament freqüents, sí que és possible que hagi esdevingut un augment de la tendència social de la resolució de conflictes amb actituds agressives verbalment i, en menys ocasions, físicament.

Sembla que els professionals sanitaris amb més risc de patir un esdeveniment conflictiu són els que estableixen el primer contacte amb el pacient, és a dir, personal

El personal d'administració i programació té més risc de patir conflictes

d'administració i programació de visites, consultes d'atenció primària i serveis d'Urgència/Atenció Continuada. Aquestes darreres són àrees d'accés obertes 24 hores al dia, cada dia de l'any, amb un volum d'afluència elevat i que donen atenció a pacients i acompanyants en tot tipus de situació clínica, de totes les edats, tot tipus de cultures, classes socials, ideologies, amb problemàtiques i situacions personals particulars i de vegades difícils d'abastar.

A la consulta d'atenció primària els esdeveniments conflictius acostumen a ser menys freqüents, probablement per una relació metge-pacient més personal. Quan aquestes situacions apareixen, acostumen a ésser provocades per un desacord entre la sol·licitud d'un pacient i el criteri del facultatiu (l'ordre de les visites, les contingències per incapacitat laboral, les proves complementàries o el caràcter del criteri de derivació en són exemples clàssics).

Probablement, la millor eina per ajudar a disminuir els esdeveniments conflictius en l'àmbit sanitari sigui la prevenció.

El tracte personal i el contrabaix emocional, sense rebatre els arguments del pacient, faciliten el buidament dels components hostils i la càrrega emocional, així com també ho fa mostrar una voluntat de col·laboració per part del professional.

L'àrea de visita hauria d'ésser segura, tant per al metge com per al pacient, i s'ha de procurar que la sortida no quedi obstruïda ni pel mobiliari ni pel pacient.

El sentit comú, la detecció precoç d'un pacient o acompanyant que podria comportar-se de manera agressiva i el reconeixement de la possibilitat que s'esdevingui una situació violenta són els primers passos per a l'ensinistrament del personal sanitari. La

sensació de temor en entrevistar un pacient o acompanyant ens poden estar indicant una actitud potencialment violenta.

L'ús d'algun sistema d'alarma o codi que indiqui l'aparició d'una situació conflictiva en el servei o àrea, afegit a una precoç i adequada resposta per part del personal administratiu, sanitari i de seguretat, facilitaria en molts casos el control de la situació.

Per concloure, des de la perspectiva de l'atenció primària, la planificació de l'àrea de treball, l'ensinistrament del personal sanitari i administratiu per reconèixer i actuar davant un pacient potencialment conflictiu i la precoç col·laboració de personal de seguretat són aspectes fonamentals per a aquesta finalitat.

Dr. Jordi Melé Olivé
Metge de família. ABS Pla d'Urgell

Bibliografia

1. BLAY PUEYO, C. "El paciente agresivo". En *Guía de Actuación en Atención Primaria*. 2a ed. Espanya: Edide, 2002, 245-6.
2. MOCK, E. F.; WRENN, K. D.; WRIGHT, S. W. et al. "Prospective field study of violence in emergency medical service calls", *Ann Emerg Med.*, 1998, 32-3.
3. GORDON, C. D.; JENKINS, J. L.; BRAEN, G. R. "Managing agitation and aggression in emergency department". En *Manual of emergency medicine*. 4a ed. EUA: LWW, 2000; 597-8.

El vessant psiquiàtric

Ens referirem al concepte d'*agitació psicomotora* per abordar el concepte d'agressivitat des del vessant psiquiàtric. L'*agitació psicomotora* es defineix com un estat d'excitació mental acompanyat d'un augment de l'activitat motora. Es presenta sovint com a urgència i pot acompanyar o precedir una conducta auto i/o heteroagressiva. L'agitació no és pròpiament un trastorn psiquiàtric, sinó que sovint és un epifenomen, per tant, ha de ser tractada en el context de la patologia que l'origina. Probablement, és el cas més clàssic d'urgència psiquiàtrica, ja que, a diferència de la resta, que poden tractar-se com urgències diferides, aquesta requereix assistència mèdica immediata. S'ha descrit que l'agressivitat mobilitza

Taula 1: Entitats que poden cursar amb agitació psicomotora

Síndromes mentals orgàniques:

Delirium o quadre confusional agut
Infeccions sistèmiques o de SNC
Insuficiència respiratòria/cardiaca/hepàtica/renal
TCE o politraumatisme
Estat postoperatori/alt metabòlics
Ictus isquèmic / hemorràgic
Tumors intracranials o disseminats
Distints tractaments farmacològics
Relacionat amb substàncies tòxiques
Intoxicacions
Síndromes d'abstinència

Síndromes psiquiàtrics:

Agitació psicòtica
Esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu
Trastorn delirant
Episodi maníac
Episodi depressiu amb símptomes psicòtics
Agitació no psicòtica
Trastorn de personalitat
Reacció per estrès agut
Crisi conversiva

Agitació reactiva:

Intervenció en crisi
Desastres naturals
Morts inesperades
Guerras...

Conducta violenta sense base psicopatològica:

Individu violent, excitat, nerviós, irrat, etc.
Conductes delictives o conductes psicopàtiques

el personal assistencial sanitari, probablement en major grau que cap altre símptoma, i representa un greu problema en aquells serveis d'urgències poc preparats per a aquest tipus de pacient. Aquest tipus d'urgència pot causar rebuig, ja que implica l'aparició de problemes de maneig que van més enllà de l'estrictament mèdic.

Taula 2: Prevenció de riscos

Mesures estàtiques o passives:

Característiques estructurals de l'entorn hospitalari i mesures de seguretat establertes

- Portes accessibles
- No objectes potencialment perillosos
- Baix nivell d'estimulació externa
- Polsador d'alarma i disponibilitat immediata del personal de seguretat
- Espais oberts

Aspectes relatius al personal assistencial

- Un responsable de la coordinació
- Personal amb formació específica en l'atenció a pacients psiquiàtrics.

Mesures dinàmiques o actives:

- Contenció psíquica/verbal

En un alt percentatge de trastorns no orgànics ni psicòtics, la intervenció verbal és possible i eficaç.

- Contenció física/mecànica

Tècnica protocol·litzada.
Requisits mínims:

- Indicació ben establerta
- Procediment tècnicament correcte
- Seguiment i avaluació continuada
- Contenció farmacològica

Indicats de forma adequada, poden ser utilitzats de forma segura, ràpida i eficaç per abordar l'agitació psicomotora.

Fins al moment actual, els estudis no han estat concloents per demostrar la superioritat de cap substància.

Pot ser una manifestació d'una gran varietat de trastorns que s'han de descartar, per aquest ordre: causes orgàniques, psiquiàtriques i reactivas. Però l'agitació també pot no pertànyer a cap trastorn, i a aquest grup l'anomenarem conducta violenta sense base psicopatològica (vegeu taula 1: Entitats que poden cursar amb agitació psicomotora).

La primera causa que cal descartar és l'*agitació orgànica*, que es caracteritza perquè presenta alteració de la consciència, desorientació espaciotemporal i poden existir al·lucinacions visuals (signe bastant específic d'orgànica). També s'ha de sospitar orgànica davant un quadre de començament agut o subagut en un pacient sense antecedents psiquiàtrics. Poden trobar-se o no alteracions en l'exploració física o a les exploracions complementàries. Dins d'aquest apartat s'inclouen les agitacions secundàries al consum de substàncies tòxiques, que moltes vegades s'han de mantenir en observació fins a poder ser avaluades, una vegada superada la intoxicació, per descartar una psicopatologia de base.

En segon lloc, trobem l'*agitació psiquiàtrica*, que es caracteritza perquè presenta una psicopatologia pròpia d'alguna entitat psiquiàtrica. A diferència de l'agitació orgànica, la psiquiàtrica no presenta alteracions de consciència ni desorientació espaciotemporal i la fluctuació és escassa. S'han de diferenciar aquells episodis d'agitació amb símptomes psicòtics dels que no ho són per establir el diagnòstic correcte i definir la forma d'actuació.

En tercer lloc, apareixen les *agitacions reactivas*. És un apartat de difícil definició, ja que no formen part d'una patologia definida, però la societat demana cada vegada més una actuació sanitària davant aquestes situacions, que anomenem *intervenció en crisi*. Per crisi s'entén una situació temporal de desorganització, de desequilibri emocional, conductual i cognitiu, caracteritzada per una incapacitat de l'individu de maneig de determinats problemes utilitzant els recursos habituals per a la seva solució. Es produeix quan es trenquen les expectatives vitals per un succés traumàtic, juntament amb la incapacitat del sistema cognitiu de l'individu per enfrontar-se a situacions noves i dramàtiques. Les *crisis* poden ser de dos tipus: *circumstancials* o de *desenvolupament*. Les primeres són inesperades i sobtades, en resposta a un factor ambiental precipitant. Guarden relació amb la salut, la mort inesperada, la violència, els desastres (naturals o provocats), la guerra, la família o l'economia. Algunes d'aquestes crisis *circumstancials* (per exemple, en les catàstrofes) tenen un impacte

potencial sobre un gran grup de persones. Les crisis de *desenvolupament* estan relacionades amb el desenvolupament personal (per exemple, en l'adolescència). Totes les persones són vulnerables a experimentar una crisi, però s'ha descrit que els pacients psiquiàtrics presenten una major intensitat i freqüència de crisis. Les reaccions davant una crisi no s'han de considerar una patologia per si mateixes, més aviat es tracta d'una reacció normal davant una situació anormal.

Finalment, no podem deixar de banda la *conducta violenta sense una base psicopatològica*. És fàcil confondre el pacient agitat amb l'individu violent, excitat, nerviós, irritat o, fins i tot, aquell amb una conducta delictiva. En primer lloc, s'ha de descartar l'existència d'una patologia orgànica o psiquiàtrica i, si es confirma que es tracta d'una *conducta delictiva o psicopàtica* (agressors, delinqüents...), s'ha de derivar per continuar el procés judicial. En aquest punt, cal destacar que la majoria de violents no són malalts mentals i que la malaltia mental no és una causa significativa de crim i violència en la nostra societat, al contrari del que ens volen fer creure alguns mitjans de comunicació. Per tant, si es descarten alteracions psicopatològiques, la intervenció en cas d'episodis de violència no correspon a professionals sanitaris. La intervenció de les forces de l'ordre i/o la utilització de la via judicial s'haurà de valorar en funció de les característiques de l'agressió.

Per definir l'actuació davant una situació d'agitació s'ha d'incidir en dos aspectes: *la predicció de la conducta agressiva i el maneig de riscos*. L'existència d'antecedents previs de violència s'ha descrit com el millor predictor de la conducta agressiva, però no s'han descrit altres predictors per a dificultats metodològiques. Per tant, si no es pot predir la conducta, és important detectar el risc, valorar-lo i establir els mecanismes de control necessaris per evitar el dany. Molts autors defensen la necessitat de substituir les *estratègies de predicció per les estratègies de maneig de riscos*: combinació de mesures de seguretat, de supervisió i de suport personal (vegeu taula 2).

Dins d'aquestes estratègies s'han d'assenyalar uns punts

importats. En primer lloc, que la prioritat general de l'actuació és garantir la seguretat del pacient i del personal assistencial. En segon lloc, que l'amuntegament és una de les característiques que s'identifica sistemàticament com a promotor de la irritabilitat i de la violència en darrer terme. I en tercer lloc, que l'experiència i l'entrenament del personal en el maneig d'agressions destaca com el factor més important a l'hora de minimitzar els danys a objectes o persones. En aquest sentit, per millorar el maneig de la conducta violenta i disminuir la seva repercussió emocional, també cal entrenar el personal en la despersonalització del conflicte.

Conclusions

Existeixen diferents entitats que poden cursar amb agitació psicomotora: *causes orgàniques, psiquiàtriques i reactives*, en què es requereix una intervenció sanitària. Aquestes, a vegades, són difícils de diferenciar de les *conductes violentes sense base psicopatològica*, on la intervenció seria judicial en funció de la gravetat. És important el diagnòstic diferencial per garantir un maneig adequat de la situació.

Davant una intervenció d'urgència hi ha mesures estructurals i organitzatives que faciliten i milloren l'abordatge de l'agitació i dels episodis violents. Per actuar de forma adequada davant aquest tipus d'urgència, s'ha d'incidir en distintes àrees: en la formació del personal, en termes d'espai físic, en la problemàtica social que l'acompanya i en la política administrativa. Cal destacar que l'entrenament i l'experiència del personal assistencial, juntament amb els tractaments psicofarmacològics, constitueixen les bases més sòlides en l'abordatge de l'agitació psicomotora

Dra. Maria Mur. Psiquiatra
Dra. Iolanda Batalla. Psiquiatra

- **El Col·legi de Metges de**
- **Lleida disposa d'un servei**
- **d'assessorament legal i jurídic**

Visió legal del problema

Resulta especialment greu i preocupant que sectors professionals que desenvolupen la seva tasca diària pel bé del conjunt de la nostra societat —com ara els professionals de la docència i de la medicina, per citar segurament els dos més sovintment afectats—, es trobin actualment immersos en la trista dinàmica d'haver de compartir les seves funcions i deures quotidians amb el risc de patir un episodi de violència per part de les mateixes persones, familiars o acompanyants, en benefici dels quals s'està actuant. El cert, però, és que el problema existeix i que, per tant, cal estar preparat per saber afrontar-lo amb rigor i fermesa.

Afortunadament, des de la data en què per part de l'Il·ltre. Col·legi de Metges de Lleida se'm va encomanar l'assessorament legal i jurídic adreçat als facultatius inscrits en aquesta circumscripció territorial que haguessin estat objecte d'agressió, he de dir que els casos denunciats, i que han estat en la seva immensa majoria resolts, no superen la desena. Amb tot, considero que no s'ha d'abaixar la guàrdia, i precisament la finalitat d'aquest breu article no és altra que la d'oferir al lector unes orientacions pràctiques sobre què cal fer en cas de patir una agressió, física o psicològica, en l'exercici de les funcions mèdiques.

En primer lloc, cal saber que l'Il·ltre. Col·legi de Metges de Lleida disposa d'aquest servei d'assessorament legal i jurídic, que es troba a l'abast de tots el col·legiats pel mer fet de ser-ho i que està sufragat completament des del punt de vista econòmic, atès que s'ha satisfet la corresponent i periòdica quota col·legial.

En segon lloc, i aquí comença pròpiament la finalitat d'aquest article, el consell que com a lletrat puc oferir al lector és assabentar

l'Il·ltre. Col·legi de Metges de Lleida de qualsevol episodi de violència en l'exercici de les funcions i actuacions mèdiques, per petit o insignificant que pugués semblar, i de la forma més ràpida i immediata possible. Això permetrà que, per part del Col·legi, es prengui constància del cas concret i que es pugui endegar el pertinent assessorament legal, adreçat a cercar la solució més adient al problema.

Un cop s'ofereix al lletrat la informació relativa als fets i assoleix un coneixement bàsic de l'assumpte, es contacta personalment amb el facultatiu víctima de l'agressió, en què la nostra més urgent voluntat és oferir el suport legal necessari, a més de l'inevitable suport humà. Som conscients que moltes vegades el facultatiu no podrà desentendre's del fet que l'endemà o en un futur proper ha d'acudir una altra vegada al seu lloc de treball i que l'episodi de violència pot repetir-se, raó per la qual considerem de gran importància intentar infondre-li de nou la tranquil·litat i serenitat que, de resultes dels fets que han succeït, s'hagi pogut esvaïr. En definitiva, la nostra primera pretensió és que el facultatiu víctima d'una agressió prengui constància que té al seu costat un altre professional, en aquest cas de l'àmbit del dret, que s'encarregarà de vetllar pels seus interessos.

L'entrevista amb el facultatiu afectat per l'episodi de violència envers la seva persona permet al lletrat valorar l'abast real del problema i intentar plantejar a la víctima l'actuació més adient que cal dur a terme. En concret, la gravetat dels fets, o bé la reincidència per part del presumpte agressor, pot determinar que s'interposi la corresponent denúncia penal davant del jutjat d'instrucció en funcions de guàrdia, mentre que si hi concorren circumstàncies que donen a entendre la condició esporàdica del presumpte agressor o que denoten el seu penediment, l'opció pot anar encaminada a intentar resoldre el problema per la via de la mediació penal, que en casos de menor gravetat dels fets s'apunta com una de les solucions que més beneficis comporten per a ambdues parts i que permet al facultatiu que ha estat víctima de l'agressió retornar amb major celeritat a la desitjada tranquil·litat. Aquesta via de la mediació penal requereix, però,

que ambdues parts afectades es vulguin sotmetre voluntàriament al procés de mediació i, per tant, exigeix unes converses prèvies, per separat, amb la persona agressora i amb el facultatiu agredit. Així doncs, en aquesta fase del procés ja resulta factible preveure si la solució del problema serà més o menys senzilla, atès que caldrà que es produeixi —ja en fred— una assumpció voluntària de la respectiva culpabilitat en els fets. Els acords adoptats de forma definitiva es plasmen en un document escrit, que és signat per ambdues parts, i que permetrà a aquestes tenir present en tot moment les circumstàncies concretes que es produïren i les solucions o acords que, de forma conciliada, es van adoptar.

Finalment, si les conseqüències negatives de caire físic o psicològic en la persona del facultatiu agredit així ho requereixen, som partidaris d'instar l'oportú auxili judicial, per mitjà de la interposició de la corresponent denúncia penal. A aquest efecte, als lletrats ens resulta de gran utilitat que, per part de la víctima de l'agressió, se'ns faci el relat més detallat i acurat possible dels fets, així com que se'ns facilitin les dades de tots els testimonis presencials de l'agressió que serà objecte de denúncia. En aquest sentit, i atès que normalment la tasca del metge comunitari o de família, o del metge d'Urgències, així com de la resta de facultatius pertanyents a les diferents especialitats, rarament es desenvolupa sense la companyia d'algun altre professional de la medicina, és convenient tenir la prevenció de demanar i captar l'ajut de qualsevol persona que hagués presenciada *in situ* l'agressió. Certament no resulta agradable per a ningú haver d'ocupar i, en termes col·loquials, "perdre" un matí, per acudir al jutjat d'instrucció o penal

- **Per a les faltes**
- **d'amenaces**
- **i injúries, la**
- **penalitat és**
- **una multa de**
- **60 a 120 euros**

competent i haver de prestar declaració com a testimoni d'uns fets que més ens estimaríem no haver presenciats. Però tots hem d'ésser conscients del deure que tenim, com a ciutadans, amb l'Administració de Justícia i que l'ajut que es pugui prestar avui per a un company el podem demanar demà per a nosaltres mateixos.

No voldria finalitzar aquesta breu exposició sense fer-vos arribar la meua preocupació per l'escassa penalitat que la nostra norma legal rectora, el Codi Penal espanyol de 1995, aplica a les actuacions de violència envers els professionals de la medicina en l'exercici de les seves funcions, atès que, fins avui, la majoria s'inclouen dins els il·lícits penals menors que es coneixen en la terminologia jurídica com a faltes, i que als articles 617.1 i 620.1 i .2 de l'esmentat Codi Penal se'ls estableix una pena de multa econòmica que pot anar dels 180,00 als 360,00 euros en el cas de faltes de lesions —per exemple, clavar una clatellada, una empenta o bé un cop de peu al facultatiu—, o la pena de localització permanent de l'agressor, durant un període de sis a dotze dies. Això últim significaria que, en cas d'ésser declarat culpable en un judici de faltes, l'agressor compliria la seva pena tranquil·lament en el seu domicili, a l'espera de la trucada diària des del jutjat sentenciador, a l'efecte de comprovar l'efectiu compliment de la resolució judicial.

Per a les faltes d'amenaces, coaccions i injúries —posem, com a exemple, els insults o vexacions que pugui rebre un facultatiu durant la consulta o bé l'amenaça de causar-li un mal si el pacient no obté allò que exigeix—, la penalitat es limita a la imposició d'una multa que pot anar dels 60,00 als 120,00 euros. Evidentment, el càstig imposat pot resultar del tot irrisori per a aquell facultatiu que veu vulnerada la seva integritat física i/o la seva tranquil·litat professional en resultar agredit de fet o de paraula, dins el seu propi lloc de treball. En aquest sentit, són moltes les veus doctrinals crítiques amb l'actual sistema, que proposen un agreujament del tipus penal, quan les amenaces, coaccions o injúries tinguin lloc dins l'àmbit del desenvolupament de l'actuació professional del facultatiu objecte d'agressió, però, de moment, la sanció aplicable és la mateixa

que per al conjunt de la resta de població, sense prendre en consideració la tasca d'especial dedicació i rellevància social que desenvolupa el metge o metgesa. Amb tot, i encara que només sigui per deixar palès a l'agressor que la seva actuació no restarà impune, el nostre consell és el ja expressat amb anterioritat: denunciar els fets davant el Col·legi i facilitar, d'aquesta manera, que s'endegui en defensa del facultatiu perjudicat tot el marc de defensa legal.

Santi Serrano
Advocat del COML

Violència contra el personal dels Serveis d'Urgències. Un fenomen preocupant

"Agreden a cinco sanitarios de Urgencias". "Un enfermer de baixa després de ser agredit per un pacient ebri". Titulars com aquests comencen a sovintejar des de fa pocs anys a les pàgines dels diaris del nostre país. Aquest fet sembla demostrar que, almenys en aquest àmbit, estem assolint cotes similars a d'altres països occidentals.

Una cerca superficial per a qualsevol de les bases de dades mèdiques al nostre abast ens permet constatar que el fenomen de la violència contra el personal de les institucions sanitàries, preferentment públiques, és freqüent en molts països. La meitat dels metges del Regne Unit refereixen haver sofert violència provinent dels seus pacients¹. En aquest mateix Estat es constata, entre els anys 2001 i 2002, un increment del 13% en les comunicacions d'episodis violents contra el personal del seu Sistema Nacional de Salut². Si valorem en un ampli ventall de països, que van des del convuls Estat d'Israel fins a l'aparentment pacífic Canadà, quins col·lectius són més susceptibles de patir agressions, constatem que el personal dels serveis d'Urgències³⁻⁴ i el que treballa a l'assistència primària⁵⁻⁷

són els més afectats. El febrer de 2004 el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) publicava l'*Informe sobre la violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona*⁸. Aquest document recollia els resultats d'una enquesta difosa entre els seus col·legiats. Com a dades més rellevants, referia que un terç dels metges havia patit algun episodi de violència al lloc de treball. Les agressions verbals constituïen (44%) el fenomen més freqüent, però en un 28% dels casos hi havia hagut agressió física. Els pacients (48,5%) eren el col·lectiu més involucrat en les agressions, seguit dels familiars (30%). La causa desencadenant més habitual era la frustració dels pacients per no haver vist satisfetes les seves demandes. Els serveis d'Urgències van ser els més afectats, amb un 45% dels episodis recollits, seguits dels centres d'atenció primària, amb un 28,6%. Només una minoria de metges (10,4%) havia rebut formació sobre la manera d'actuar davant d'episodis violents, i encara menys (6,6%) sobre què fer després d'haver patit l'agressió. Més de tres quartes parts dels metges opinaven que les agressions al lloc de treball podien influir negativament en la qualitat de la pràctica professional.

L'any 2005, preocupats des de la coordinació d'Urgències del nostre hospital per un fenomen que semblava que es desbordava, vam dissenyar un estudi⁹ per intentar quantificar en el nostre àmbit la magnitud del problema i intentar copsar-ne les possibles conseqüències envers el personal i la pròpia assistència que donàvem als nostres pacients. Mitjançant enquestes anònimes es va recollir l'opinió del 64% del personal, de tots els estaments, que treballava al Servei d'Urgències.

El 89,5% del personal d'Urgències de l'HUAV va patir violència el 2005

El 89,5% havien patit un mínim d'un episodi de violència en els darrers sis mesos, un 57% entre 1 i 5 episodis, però, francament alarmant, un 10,5%, més de 15 episodis. La violència verbal va ser la predominant (73%), seguida de la física contra el mobiliari (18,4%), la física contra les persones (6,6%) i els robatoris (2%). Entre els treballadors afectats no va haver-hi baixes laborals per les agressions, però un 27% van afirmar haver notat repercussió sobre la forma de tractar els seus pacients després d'haver patit l'agressió. Només un 11% dels afectats van notificar l'episodi als seus superiors i un 1,6% van efectuar denúncia policial. El 60% dels agressors van ser familiars o acompanyants, un 17,4% de pacients sota l'efecte de drogues i solament un 10% pacients amb el sensor afectat per una malaltia. Les tres principals causes desencadenants que van considerar els enquestats van ser: el temps d'espera excessiu (92%), factors lligats a la personalitat dels agressors (67%) i la inadeguació de les dependències del Servei d'Urgències (48%).

D'aquests resultats en podem extreure unes conclusions bàsiques i preocupants: ens trobem davant un fenomen força generalitzat del qual en som poc conscients, ja que es comunica en un nombre molt escàs d'ocasions. Podríem dir que els professionals accepten com normals uns fets que en qualsevol altre àmbit social (bancari, comercial, etc.) provocarien un daltabaix. El personal sembla quedar poc afectat, tant físicament com psicològicament, després de patir un episodi de violència, però si ho valorem més acuradament constatem que gairebé un terç de les persones reconeix haver notat un canvi en la seva actitud i tracte envers els pacients (desconfiança, prevenció i actitud defensiva) a partir de llavors. Finalment, sembla evident que hi ha unes causes desencadenants clares, lleugerament variables segons l'àmbit general o particular a què ens referim, que permetrien implantar mesures, de vegades força senzilles, per corregir-les i evitar la majoria dels episodis d'agressió.

Un aspecte a tenir en compte, comú a totes les situacions conflictives que es produeixen en un col·lectiu nombrós sotmès a condicions de treball dures, és l'efec-

Proposem la creació de comissions hospitalàries de gestió de violència

te contagiós que aquestes situacions comporten. Efectivament, encara que una part del personal no s'hagi vist involucrat directament en episodis violents (en el cas del nostre hospital, un 10,5%), aquest també pot adoptar actituds defensives idèntiques a les dels afectats i ampliar, per tant, els efectes perversos del fenomen a la totalitat del col·lectiu. El darrer afectat, tanmateix, serà el pacient.

El setembre de 2004, com a resposta al repte plantejat en el seu treball previ⁸, el COMB va publicar la *Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges*¹⁰ i uns mesos després, el novembre de 2005, l'Institut Català de la Salut (ICS) va elaborar un conjunt d'instruccions per al seu personal¹¹, encaminat també a afrontar amb garanties els episodis de violència.

Ambdues publicacions insisteixen en la necessitat d'identificar i quantificar el problema, de fer-ne conscients tots els protagonistes que hi intervenen, d'estimular la notificació dels episodis i de valorar-los individualment per donar-hi una resposta adequada i satisfactòria que n'eviti un tancament en fals, percebut per part de la víctima com un menyspreu al seu patiment. D'altra banda, també es recomana la identificació acurada de les causes desencadenants a fi de corregir-les en el que sigui possible, en una actitud preventiva molt habitual en el camp de la medicina i la salut pública. Finalment, es recomanen unes pautes d'actuació personal dirigides directament a aquell professional que es vegi immers en un episodi violent.

Recentment, el novembre de 2006, el fiscal en cap del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya va emetre una instrucció interna en què indicava als seus subordinats el màxim rigor a l'hora de demanar penes als agressors de professionals sanitaris i de l'ensenyament en l'exercici de les seves funcions públiques. Possiblement aquesta nova acti-

tud provoqui l'aparició més freqüent en els periòdics de titulars com: "Condenado un paciente por amenazar a una enfermera que le puso una inyección", "Condenado por una falta de vejaciones injustas a un facultativo" o "Condenado el familiar de un paciente por amenazar a una médico y a un enfermero".

Des dels serveis d'Urgències, identificats clarament com els més afectats pel fenomen de l'agressivitat, proposem la creació de comissions hospitalàries de gestió de la violència, amb presència de la Direcció, el Departament de Medicina Preventiva i els serveis més afectats, que donin una resposta uniforme i adequada a qualsevol episodi declarat. Les funcions d'aquestes comissions han de ser: la creació d'un sistema únic de notificació d'episodis i d'un registre únic d'incidències, la gestió individualitzada de cada episodi, el foment de la declaració entre els afectats, la conscienciació sobre el problema a tota l'organització, la identificació de causes desencadenants i la proposta i implantació de mesures correctores d'aquestes que passen, entre altres, per la millora de déficits estructurals i organitzatius, la formació del personal i l'educació de la població.

El nostre desig final seria que els titulars sensacionalistes desapareguessin dels diaris per allò tant clàssic del "No news, good news".

Dr. Xavier Cabré Ollé
Coordinador mèdic d'Urgències
Dra. Maria José Abadías Medrano
Metge especialista del Servei d'Urgències
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Bibliografia

1. British Medical Association. *Violence in the workplace*. Accés el març de 2007 a: <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/NViolence06?OpenDocument&>

Highlight=2,violence,again,doctors
2. National Audit Office. *A Safer place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression*. Accés el març de 2007 a: http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/02-03/0203527.pdf
3. Carmi-Iluz, T.; Peleg, R.; Freud, T.; Shvartzman, P. *Verbal and physical violence towards hospital-and-community-based physicians in the Negev: an observational study*. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH, 2005;5:54. Accés el març de 2007 a: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/54>
4. Fernandes, C.; Bouthilllette, F.; Raboud, J.; Bullock, I.; Moore, C.; Christenson, J. et al. *Violence in the emergency department: a survey of health care workers*. CMAJ, 1999;161:1245-8.
5. Ness, G.; House, A.; Ness, A. *Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England*. BMJ, 2000;320:1447-8.
6. Magin, P.; Adams, J.; Sibbritt, D.; Joy, E.; Ireland, M. *Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs*. MJA, 2005;183:352-6.
7. Naish, J.; Carter, Y.; Gray, R.; Stevens, T.; Tissier, J.; Gantley, M. *Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies*. FAM PRACT, 2002;19:504-10.
8. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. *Informe sobre la violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona*. Accés el març de 2007 a: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/seguretat/enquestaviolencia/Informeviolenciatreball.pdf>
9. Abadías, M. J.; Cabré, X.; Pacheco, A.; Almirall, M.; Valdrés, P.; Lacasta, J. D. "Violència en el Servei de Urgències. Aproximació a un fenomen crecient". *Emergencias*, 2005;17:19.
10. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. "Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges". *Quaderns de la bona praxi*, núm. 17, setembre 2004. Accés el març de 2007 a: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/praxi17.pdf>
11. Institut Català de la Salut. *Procediment de prevenció i actuació davant de situacions de violència*. Accés el març de 2007 a: <http://www.metgesdecatalunya.net/protocol%20agressions.pdf>

Codi Ictus i Unitat d'Ictus a l'Hospital Arnau de Vilanova

Dr. Jordi Sanahuja · *Coordinador de la Malaltia Vasculat Cerebral. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida*

La malaltia vascular cerebral o ictus és una entitat terriblement devastadora al nostre medi, tant pel que fa al gran nombre de persones que la pateixen com pel nombre de persones que en moren o queden dependents, institucionalitzades o amb demència com a conseqüència d'aquesta malaltia. A Espanya es calcula que hi ha uns 100.000 casos nous d'ictus cada any. És la causa més probable de mort en les dones i la segona en els homes. També és la primera causa de mort en la gent major de 75 anys a Catalunya. Representa la primera causa de discapacitat greu en l'adult i una de les causes més freqüents d'institucionalització en centres sociosanitaris, així com de demència.

La incidència de malaltia vascular cerebral augmenta progressivament amb l'edat de les persones. Malgrat això, l'ictus no és una malaltia que tan sols afecti la gent gran, sinó que també afecta freqüentment gent d'edat mitjana i fins i tot gent jove. Per als professionals que ens dediquem a aquesta patologia no ens resulta infreqüent tenir pacients ingressats d'aquestes edats. Les xifres d'incidència a Espanya en aquests grups d'edat són reveladores: cada any, aproximadament 1 de cada 5.000 persones menors de 45 anys i 1 de cada 10.000 persones menors de 25 anys tenen un ictus.

A Lleida requereixen ingress hospitalari més de 1.000 ictus nous cada any. L'any 1998 es van registrar 499 morts per malaltia vascular cerebral a la nostra província segons el Centro Nacional de Epidemiologia. A l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova han ingressat a Urgències 750 pacients amb aquesta patologia l'any 2006, dels quals el 60% ho han fet al nostre hospital.

Malgrat ésser un dels principals problemes de salut pública tant per la mortalitat com per la morbiditat que ocasiona, durant molts anys en el passat no se li havia prestat l'atenció suficient pel que fa a recursos o plans específics d'organització de l'atenció. Això ha anat canviant progressivament

en les darreres dues dècades, impulsat pel desenvolupament de noves eines diagnòstiques, en especial la resonància magnètica, que permet identificar de forma més acurada les lesions vasculars cerebrals, i impulsat sobretot per l'aparició de noves eines terapèutiques, en què les més fonamentals són el tractament fibrinolític i l'atenció organitzada en equips d'ictus i unitats d'ictus. A Catalunya, aquest procés progressiu de major atenció a aquesta patologia ha donat lloc en els darrers anys al Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral del Departament de Sanitat de la Generalitat, que té l'objectiu de millorar l'organització de l'atenció a l'ictus en tot el territori per disminuir la morbimortalitat.

A l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova disposem, des de l'1 de març de 2006, de dues noves mesures en el tractament d'aquests malalts: el Codi Ictus i la Unitat d'Ictus. La incorporació de dos nous neuròlegs, el Dr. Francesc Purroy i el Dr. Alejandro Quílez, amb una formació més específica en l'àrea de la malaltia vascular cerebral en el cas del Dr. Purroy, així com la implicació de tots els altres neuròlegs de l'Hospital Arnau de Vilanova, el Dr. Luis Brieva, la Dra. Pilar Granés i jo mateix, han fet possible tenir un equip de neuròlegs mínim suficient per poder engegar aquestes dues novetats terapèutiques amb esforç i motivació compartida. És remarcable la col·laboració de tots els serveis i estaments implicats en l'atenció de l'ictus que han facilitat molt la posada en marxa de tota la xarxa intrahospitalària i extrahospitalària en l'atenció d'aquests pacients.

Codi Ictus

El Codi Ictus és un sistema d'activació d'alarma específic per als ictus hiperaguts potencialment susceptibles de tractaments específics. L'objectiu principal és aconseguir la instauració d'aquests tractaments als pacients candidats en el menor temps possible. Consta de dos nivells d'actuació: l'extrahospitalari, que té la finalitat de



Equip de neuròlegs de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

detecció i trasllats ràpids a l'hospital de referència dels pacients candidats, i l'intrahospitalari, amb l'objectiu de realitzar les mesures diagnòstiques i instaurar els tractaments generals i específics en el menor temps possible. El Codi Ictus és beneficiós, ja que l'aplicació d'un conjunt de mesures diagnòstiques i terapèutiques iniciades durant les primeres hores del començament de la clínica ha demostrat una reducció de la morbimortalitat.

El Codi Ictus va néixer en major part gràcies a la instauració del tractament fibrinolític. Aquesta és la mesura terapèutica que ha demostrat un major benefici en l'ictus hiperagut. El rtPA endovenós durant les 3 primeres hores d'infart cerebral redueix la mort o dependència un 36% (17-50%) i no augmenta la mortalitat, encara que sí que augmenta per 3 el risc d'hemorràgia cerebral (hemorràgia cerebral fatal en el 4,3% dels pacients tractats versus l'1% dels pacients amb placebo). L'eficàcia del tractament fibrinolític a l'ictus és alta: s'evita 1 mort/dependència per cada 7 pacients tractats en menys de 3 hores des de l'inici del quadre. A l'infart agut de miocardi de menys de 6 hores, per exemple, s'han de tractar 33 pacients per evitar 1 mort. La recanalització arterial a l'ictus s'aconsegueix amb rtPA endovenós en un 90% dels casos, i dins de les 6 primeres hores en el 66% dels pacients tractats enfront un 13% amb placebo.

Els criteris d'activació del Codi Ictus són: aparició de signes neurològics focals d'inici sobtat, edat inferior a 80 anys, absència de patologia comòrbi-



Monitorització cardíaca i de les constants vitals a la Unitat d'Ictus

da significativa amb bona situació funcional prèvia i evolució de menys de 6 hores. El tractament amb rtPA endovenós sols s'aplica en ictus isquèmics de menys de 3 hores d'evolució. Malgrat això, el marge de 6 hores determinat pel pla director es deu a la possibilitat de realitzar altres tractaments en alguns pacients a les 3-6 hores d'evolució dins l'àmbit de Catalunya.

Es pot activar el Codi Ictus des de diferents àmbits: el pacient o familiars o altres testimonis, o des de l'atenció primària, serveis d'emergència, altres centres hospitalaris o el propi hospital de referència (intrahospitalari). El més recomanable és activar el Codi Ictus mitjançant el SEM/061, ja que és el sistema que s'ha demostrat més ràpid i eficaç.

Les actuacions a dur a terme en l'àmbit d'atenció primària són: (1) confirmar que és un ictus; (2) determinació de TA, FC, glucèmia i temperatura; (3) col·locació d'1 o 2 vies venoses; (4) tractar les TA altes sols si TAS>185 i/o TAD>110 mmHg, amb medicació oral (no sublingual); (5) no administrar sèrum glucosat, glucocorticoides, medicació intramuscular i només administrar oxigen si hi ha dispnea o saturació baixa.

A l'Hospital Arnau de Vilanova el Codi Ictus es va iniciar l'1 de març del 2006. Hi ha un neuròleg de guàrdia localitzable per al Codi Ictus. Des de llavors s'han activat 60 codis ictus, amb un percentatge d'activació correcta del 80%. El temps mitjà inici-porta és de 105 minuts i el temps porta-avaluació neurològica és de 35 minuts. La causa més freqüent d'activació incorrecta és l'hora d'inici errònia i les causes d'activació correcta sense tractament amb rtPA són la evidència d'ictus hemorràgic a la TAC o la millora o desaparició espontània de la clínica. S'han tractat amb rtPA 11 pacients, amb cap èxit relacionat amb el tractament fibrinolític (2 èxits relacionats amb l'ictus), cap hemorràgia simptomàtica i 3 pacients amb millora neurològica precoç (millora de l'escala NIHSS superior a 4 punts). El temps mitjà inici-agulla és de 160 minuts i el temps porta-agulla, de 64.

Unitat d'Ictus

La Unitat d'Ictus és una unitat hospitalària geogràficament definida dedicada exclusivament als pacients amb ictus. La característica principal és la especialització del personal i l'abordatge multidisciplinari, que inclou metges, infermeres, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, logopedes, assistents socials i altre personal sanitari.

Les primeres unitats d'ictus es van establir als anys 70, i eren unitats

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Realització de dúplex portàtil de troncs supraòrtics i transcranials a la unitat

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

intensives que seguien com a model les unitats coronàries. Aquestes unitats no van demostrar una disminució de la morbimortalitat i tenien un cost elevat. Posteriorment, van aparèixer les unitats de rehabilitació d'ictus, on inicialment no es van fer estudis suficients per avaluar els beneficis. Als anys 90 van aparèixer les unitats agudes no intensives d'ictus, que combinen els potencials beneficis de les unitats intensives i de les unitats de rehabilitació, ja que ofereixen una atenció precoç dels pacients i de les complicacions mèdiques, juntament amb una rehabilitació precoç i un abordatge multidisciplinari.

Actualment, existeixen diferents tipus d'unitats d'ictus: (1) les unitats agudes, que tracten els pacients durant els primers dies; (2) les unitats mixtes agudes-rehabilitació, amb ingrés precoç a la unitat, èmfasi en el tractament agut i les complicacions mèdiques, i en una rehabilitació precoç; (3) les unitats de rehabilitació, amb ingrés passada la fase aguda; (4) els equips d'ictus mòbils, sense una localització geogràfica definida, que atenen els pacients allà on siguin dins de l'hospital.

Les unitats d'ictus han demostrat que disminueixen la mortalitat a llarg termini (mitjana: 1 any) en un 14% (6%-29%), i la mort o dependència en un 22% (11%-32%). Per tant, no disminueixen la mortalitat a costa de fer sobreviure més pacients dependents, sinó que disminueix la mortalitat jun-

tament amb la morbiditat. A més, les unitats d'ictus no augmenten l'estada mitjana i són cost-efectives.

Els factors relacionats amb els beneficis de les unitats d'ictus són la prevenció sistemàtica de les complicacions mèdiques i l'inici més precoç de mobilitzacions i de rehabilitació. Els efectes d'un personal sanitari més especialitzat, d'un abordatge multidisciplinari i d'una major implicació dels familiars no s'ha analitzat específicament, però se suposa que són factors tan importants com els prèviament mencionats.

La Unitat d'Ictus de l'Hospital Arnau de Vilanova disposa de quatre llits amb monitorització cardíaca, tensió arterial no invasiva, pulsioximetria, freqüència respiratòria i temperatura. Està situada a la planta de Neurologia i compta amb 1 infermera especialitzada per als 4 llits. L'equip sanitari que atén la unitat realitza una monitorització clínica neurològica i de les possibles complicacions. El conjunt de l'actuació diagnòstica i terapèutica està protocolitzat. Així mateix, es realitza periòdicament formació específica per a tot el personal sanitari de la unitat. Tenim la possibilitat de realitzar a la pròpia unitat exploracions de Doppler

◆ **Les unitats d'ictus disminueixen la mortalitat a llarg termini**

◆ **L'Arnau disposa de 4 llits amb monitorització cardíaca i pulsioximetria**

i eco-Doppler de troncs supraòrtics i transcranials portàtils per completar l'estudi etiològic de l'ictus i/o monitoritzar la recanalització arterial amb el tractament fibrinolític.

Tots els ictus es beneficien d'ingressar a la Unitat d'Ictus (homes o dones, joves o grans, lleus, moderats o greus). Per tant, els criteris d'ingrés a la nostra unitat són: tot ictus isquèmic o hemorràgic de <24 hores d'evolució i l'accident isquèmic transitori (AIT) en determinades circumstàncies (de repetició, pacient d'alt risc, com estenosi carotídia o pròtesi valvular, pacient jove), segons la disponibilitat de llits. S'exclouen de la unitat els pacients amb malalties concurrents greus o esperança de vida de mesos, demència o dèficits severos per ictus previs. S'ingressen directament a la planta de Neurologia els ictus estables >24 hores, síndromes llacunars i AIT.

Des de l'1 de març de 2006 han ingressat a la nostra unitat 80 pacients, amb un percentatge d'èxitus precoç del 3%, independència a l'alta en el 70%, institucionalització en un 16% i millora neurològica precoç en el 15% dels malalts.

Confiam que amb aquestes dues noves eines podrem contribuir a millorar el pronòstic i la qualitat de vida dels pacients amb malaltia vascular cerebral.

BIBLIOGRAFIA

1. "Pla Director de la Malaltia Vascular Cerebral". *Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus*. 1a ed. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, octubre de 2005. www.aatrm.net
2. Comité Ad Hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. *Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. Unidades de ictus*. Madrid: Emisa, 2003.
3. Comité Ad Hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Barcelona: Prous Science, 2006.
4. "European Stroke Initiative Executive Committee and Writing Committee. Recommendations for stroke management: update 2003. *Cerebrovasc Dis* 2004, 17(suppl. 2):1-46.
5. WARDLAW, J. M.; DEL ZOPPO, G.; YAMAGUCHI, T.; BERGE, E. "Trombolisis para el accidente cerebrovascular isquémico agudo". *Biblioteca Cochrane Plus*, 2005, núm. 4. Oxford: Update Software Ltd.
6. "Stroke Unit Trialists' Collaboration. Atención hospitalaria organizada (unidad de accidentes cerebrovasculares) para el accidente cerebrovascular". *Biblioteca Cochrane Plus*, 2005, núm. 4. Oxford: Update Software Ltd.

El projecte Mirall, atenció als malalts de les SCA

Dr. Manel Piqué · Coordinador del grup Mirall

Les síndromes coronàries agudes (SCA) constitueixen un conjunt de manifestacions clíniques amb un nexu d'unió en comú: la isquèmia miocàrdica. En el moment de produir-se la ruptura, erosió o fissura de la placa ateromatosa, amb la consegüent formació d'un trombe intracoronari, comencen un seguit d'alteracions que afecten l'estructura i funció del miocardi i el resultat vindrà condicionat per un seguit de factors que tenen molt a veure amb el tipus de placa, el percentatge d'oclusió, la seva durada i la presència de circulació col·lateral, entre altres. És a dir, en el moment de produir-se l'oclusió no es pot predir quin serà el resultat final de l'accident coronari. El ventall de possibilitats va des d'una angina de baix risc fins a la més dramàtica de les manifestacions, la mort sobtada. Sota aquest punt de vista s'ha formulat tot un cos de noves definicions basades en indicadors pronòstics i en actituds terapèutiques que poden variar el curs de la malaltia. Així, les clàssiques denominacions, com angina d'inici, progressiva, de lliandar variable, perllongada o infart agut de miocardi transmural o no transmural, infart subendocàrdic, etc., han deixat pas a la classificació en dos grans grups de manifestacions: les síndromes coronàries agudes amb aixecament de ST (SCAEST) o sense aixecament de ST (SCASEST). En qualsevol cas, i independentment del grup al qual pertanyin, presenten una elevada morbimortalitat que es pot millorar amb un conjunt d'accions.

L'anomenada "cadena de la vida" s'ha mostrat com l'únic instrument capaç d'aconseguir la recuperació de l'aturada cardiorespiratòria (ACR). Les maniobres bàsiques de ressuscitació cardiopulmonar i la desfibril·lació precoç, constituents fonamentals d'aquesta cadena, han aconseguit demostrar la capacitat per disminuir la mort per ACR. La precocitat en l'administració de la descàrrega elèctrica que ha de retornar el cor al ritme normal es mostra fonamental; així, si la desfibril·lació es realitza en el primer minut de fibril·lació ventri-

cular primària la supervivència és del 90%, del 50% cinc minuts després i solament del 3% dotze minuts més tard. El desenvolupament de programes de desfibril·lació al prehospital, amb participació de personal sanitari o amb personal no sanitari ensinistrat, ha aconseguit reduccions notables de la mort sobtada, habitualment secundària a arítmies malignes.

Per al maneig d'un important subgrup de pacients amb SCA es compta amb un seguit d'actuacions més o menys sofisticades i temps-dependents, inabastables fora de l'hospital, com és la revascularització coronària, ja sigui per intervenció coronària percutània o mitjançant la cirurgia. Altres intervencions, com la fibrinòlisi, amb un paper determinant envers la mortalitat, s'apliquen de forma generalitzada a l'hospital i no requereixen d'importants infraestructures, la qual cosa les fa assequibles a l'àmbit prehospitalari.

Un seguit de mesures, d'ús rutinari en tot pacient amb SCA, no requereixen el concurs de personal ni mitjans especialitzats i la seva vàlua queda fora de tot dubte. L'administració d'àcid acetilsalicílic a les SCA ha demostrat capacitat per reduir la mort i la progressió a infart, i constitueix un estàndard d'acreditació de qualitat per a la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. El paper de la nitroglicerina és més controvertit en l'era actual de la fibrinòlisi, no obstant això, se segueix considerant un altre estàndard. L'administració d'oxigen, especialment en dosis altes, és també controvertida i, probablement, no estigui ben regulada en l'assistència primària. L'adquisició d'un enregistrament electrocardiogràfic abans d'arribar a l'hospital ha demostrat capacitat per reduir, de forma manifesta, els temps assistencials intrahospitalaris. Establir una via venosa permeable i alleujar el dolor amb clorur mòrfic aportarà confort al pacient i, probablement, també reduirà els temps

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

assistencials, tot i que aquest punt no ha estat estudiat.

Finalment, un eficient trasllat possibilitarà el ràpid i segur accés a l'hospital, i constituirà també un esglaó assistencial avançat atesa la seva dotació tant tècnica com humana.

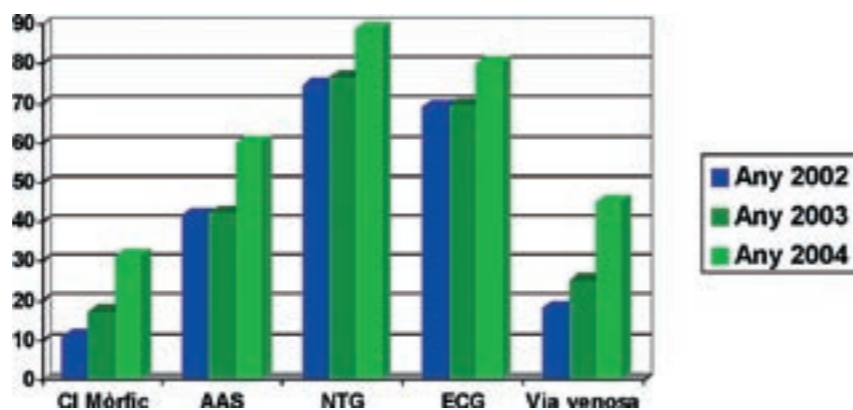
Un cop a l'hospital, la diligència en les actuacions és molt desitjable i cal implantar mesures dirigides a completar els passos terapèutics iniciats, proveir el tractament definitiu i ubicar el pacient en el recurs adient.

L'objectiu final és aconseguir una continuïtat assistencial entre tots els esglaons que conformen la cadena d'atenció a la SCA, promoure intervencions d'incontestable valor terapèutic, adaptades a cadascun dels nivells assistencials, i informar de les actuacions considerades intempestives o d'escàs valor terapèutic. Un seguiment continu de les dades enregistrades possibilita una vigilància activa dels problemes, amb la consegüent avaluació i intervenció correctora posterior. Per assolir aquests objectius, vam constituir, a finals de 2002 i sota la sigla MIRALL (Miocardi Isquèmic Ràpidament Assistit a Lleida), un grup de treball multidisciplinari que recull la participació de tots els nivells assistencials, amb una metodologia uniforme i amb una clara decisió de millorar l'atenció dels pacients afectes de SCA. Hem dut a terme un conjunt d'intervencions que considerem que estan donant els seus fruits.

En l'assistència primària, des de mitjans de 2003 fins a finals de 2005, i comptant amb el suport institucional, es van fer cursos de formació, adreçats a més de quatre-cents sanitaris, on se'ls va instruir en suport vital bàsic amb el maneig del desfibril·lador semiautomàtic i el tractament inicial de les SCA. Es va elaborar i repartir a cadascun dels alumnes un material docent que, en forma de llibret de butxaca, recollia els protocols d'actuació en cada cas. La millora produïda en les dades assistencials ha estat molt evident, tot i que es tractava de resultats preliminars obtinguts sense haver completat el programa en molts centres, tal com mostra la comunicació presentada en el Congrés Nacional de la Societat Espanyola de Cardiologia de 2005, que recull la figura 2. Un cop completat el programa de formació, a finals de 2005 el Consell Europeu de Ressuscitació va publicar les noves recomanacions en suport vital, la qual cosa ens ha obligat a elaborar i impartir, durant el 2006, noves sessions per a tots els centres d'assistència primària (CAP) i repartir també un pòster que recull els protocols actualitzats. Simultàniament, el Departament de Salut ha dotat tots els CAP de desfibril·ladors



Diferents materials docents repartits



Evolució dels paràmetres assistencials

semiautomàtics que ja han permès salvar algunes vides.

La fibrinòlisi prehospitalària, especialment recomanada en els trasllats llargs i practicada en les ambulàncies del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), es va instaurar durant l'any 2003, després de consensuar protocols, elaborar material docent propi i mantenir un estret contacte amb l'hospital. Avui dia, la majoria de pacients candidats reben aquest tractament de manera correcta durant l'assistència que proporciona el SEM, escurçant els temps de reperfusió i, sens dubte, millorant-ne el pronòstic.

La intervenció, en forma de sessions conjuntes i elaboració de material docent específic, també es va aplicar al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova amb uns resultats encoratjadors. La mitjana global del temps portaagulla, paràmetre que avalua la qualitat d'assistència en aquest entorn, durant l'any 2005 va ser de 44 minuts, molt per sota dels 67 minuts publicats de tot Catalunya. És més, si ens cenyim als malalts amb prioritat 1, aquells en els quals hi ha un consens absolut sobre la necessitat d'administrar el tractament, aquest temps se situa en 29 minuts, un per sota del recomanat i considerat ideal.

En aquests moments, a la nostra regió sanitària hem entrat en una nova

etapa, plena de reptes de futur. La constitució i dotació del Servei de Cardiologia, la posada en marxa de la Unitat d'Hemodinàmica i d'una específica Unitat Coronària possibiliten l'assistència integral i d'alt nivell d'aquests pacients.

Per tot l'esmentat -i tots hi estem posats-, se'ns ha designat zona pilot per a la implantació del codi infart, que pretén donar uniformitat a l'actuació envers aquesta patologia a tot Catalunya. Evidentment, el grup MIRALL hi col·laborarà, tant els membres inicials com els que s'hi han anat incorporant, amb tota la il·lusió, humilitat i esforç. Una vegada completat definitivament tot el pla de formació, confiem que la visualització i monitoratge de les dades assistencials avalin la feina feta i això millori el pronòstic dels nostres pacients.

(*) Membres del grup MIRALL: Cecília Cardona Cabasés, Eduardo Gascó Eguiluz, Gemma Amat i Camats, Isabel Tarruella Vidal, Joan Torres Puig-gròs, Joan Loscos Solé, José Manuel Guiu Bardají, Josep Maria Lara Nieto, Manel Piqué Gilart, Mercè Almirall Egerique, Miquel Galán Seuma, Miquel Maria Bretcha Vivó, Sebastià Barranco Tomàs, Teresa Vilà Parrot, Xavier Cabré Ollé, Begoña Balsera Garrido i Montserrat Tera Alcobé.

Tratamiento hormonal sustitutivo y cáncer de mama en la mujer postmenopáusica

Dr. A. Llombart Cussac y Dr. Márquez Medina · Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

Uno de los grandes avances sanitarios del siglo XX ha sido introducir el concepto de prevención y abogar por atajar o amortiguar el curso de una determinada enfermedad en lugar de esperar al diagnóstico clínico para tratarla. Esta arma sanitaria evolucionó rápidamente hacia apartados donde la definición de patología no estaba plenamente definida. Sin ninguna duda, el área de la salud de la mujer ha concentrado gran parte de los esfuerzos sanitarios de prevención, que se iniciaron en los años 60 con las citologías vaginales y, posteriormente, con el cribaje mamográfico del cáncer de mama. Los éxitos de estas primeras medidas de prevención permitieron concebir esperanzas en la mejora global de la calidad de vida y en la disminución de eventos cardiovasculares y óseos de la mujer una vez alcanzada la menopausia.

Al abolir la fuente ovárica de estrógenos, la menopausia supone una agudización de la desmineralización ósea, un desajuste del metabolismo lipídico, un incremento de los fenómenos cardiovasculares y la aparición de otros síntomas que afectan la calidad de vida de la mujer.

En esta población, la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), los estudios de cohortes y los prospectivos iniciales detectaron una disminución en la incidencia de osteoporosis, infarto, ictus, así como otros síntomas. Además, y pese al aporte de estrógenos exógenos, el incremento en la incidencia de cáncer de mama en estos primeros estudios era modesto o inexistente.

Sin embargo, estudios más recientes, metodológicamente bien diseñados y con un gran número de mujeres incluidas, han demostrado la falta de eficacia de la THS tanto en la prevención de eventos óseos relacionados con la osteoporosis, como en los riesgos cardiovasculares. Es por ello que en estos últimos años la prescripción de THS se había limitado al control de síntomas —calidad de vida en la mujer menopáusica.

La relación entre THS y cáncer de mama había sido sugerida desde su inicio. Sin embargo, muchos de los pri-

meros trabajos dedicados a estudiar la relación carecían de una metodología correcta. La incidencia de neoplasias malignas en esta población variaba entre el 1,09 y el 3,87%, en función del estudio^{5, 6}, y alguno de ellos identificaba un efecto protector de la propia THS⁷⁻⁸. La discordancia se mantiene en los seis metanálisis publicados al respecto, donde la asociación entre THS y cáncer de mama sólo quedaba establecida en 3.

Sin embargo, se ha presentado en el vigésimo noveno simposio anual de San Antonio un estudio epidemiológico que supone una gran evidencia contra la THS como factor favorecedor del cáncer de mama en la postmenopausia⁹. Según datos del Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER), la incidencia de nuevos cánceres de mama en los Estados Unidos se reduce inesperada y dramáticamente un 7% (14.000 casos) entre el 2002 y el 2003, cuando en las dos décadas anteriores apenas lo hacía más de un 1% al año. Este fenómeno se verifica en nueve estados diferentes y no parece debido a un aumento del cribaje, que sólo varió un 0,3%, o a un aumento de la quimioprevención que, de hecho, se redujo un 3%. El

principal implicado fue un descenso del 70% en la prescripción de THS para mujeres menopáusicas a partir de los datos del Women's Health Initiative publicados en julio del 2002.

Esta asociación entre la caída de THS y la de cáncer de mama concuerda con resultados de estudios poblacionales y con el tipo de tumores detectados al disminuir fundamentalmente en mujeres de la sexta década de la vida y con tumores hormonodependientes, como corresponde a los relacionados con THS. Además, el descenso de incidencia del 2% detectado en el cuarto trimestre del 2002, que alcanza un 15% en el del 2003, se corresponde con el corto periodo de latencia descrito entre el cese de la THS y la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama descrita en múltiples trabajos^{3, 4, 6} y en otros registros¹⁰.

Probablemente, el riesgo de desarrollar cáncer de mama durante la THS ha sido minimizado en los estudios clínicos previos y, quizás, los futuros datos del SEER confirmen un hallazgo más contundente que los presentados en 1967, cuando se señaló la posible relación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón.

Mientras tanto, es importante valorar si el efecto nocivo de la THS se manifiesta por igual en todas las mujeres o si sólo incrementa la incidencia de cánceres de mama en algunas de ellas. La duración prolongada de la THS incrementa especialmente el riesgo. El riesgo relativo de padecer cáncer de mama pasa de 1,1 en la población global que recibe THS a 1,46-1,7 en pacientes en las que se prolonga más de cinco años^{5, 6}, aumentando un 2,3% cada año y desapareciendo si se suspende el tratamiento. La composición de la THS también parece influir. El riesgo relativo de desarrollar cáncer de mama es 1,32 veces superior al control durante la THS con estrógenos solos y de 1,41 con estrógenos y progestágenos⁶, o aumenta sólo en el brazo de tratamiento combinado y no se manifiesta con estrógenos solos⁹. Por último, la edad de la paciente también modifica el riesgo⁶. De hecho, si utilizamos métodos estadísticos similares a los que determinan el riesgo de cáncer de mama en función a la carga familiar e integramos todas estas variables¹¹, observamos significación estadística en todas ellas y podemos definir perfiles de mayor peligrosidad.

Por tanto, a la espera de nuevos datos, debemos actuar con cautela y evitar el uso sistemático de la THS en la postmenopausia, analizar meticulosamente riesgos y beneficios a obtener, individualizarlos y comunicárselos a la paciente, a fin de consensuar con ella la actitud a seguir. Y más cuando, recientemente, una primera sentencia

◆ Ciertos estudios han demostrado la ineficacia de la THS en la prevención

◆ Debemos evitar el uso sistemático de la THS en la postmenopausia

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

condenatoria achacando la aparició de un càncer de mama a la THS de una paciente ha visto la luz en los Estados Unidos.

REFERENCIAS

1. WELSCH, C. W. "Host factors effecting the growth in carcinogen-induced rat mammary carcinomas: a review and a tribute to Charles Brenton Huggings". *Cancer Res.* (1985) 45:3415-20.
2. AITKEN, S. C.; LIPPMAN, S. E. "Effect of estrogen and antiestrogens on growth-regulatory enzymes in human breast cancer cells in tissue culture". *Cancer Res.* 1985; 45:1611-8.
3. DHODAPKAR, M. V.; INGLE, J. N.; AHMANN, D. L. "Estrogen replacement therapy withdrawal and regression of metastatic breast cancer". *Cancer* (1995) 75: 43-6.
4. SCHLESSELMAN, J. J.; STADEL, B. V.; MURRIA, P. LAI, S. "Breast cancer in relation to early use of oral contraceptives: no evidence of a latent effect". *J Am Med Assoc.* (1988) 259: 1828-33.
5. BERGKVIST, L.; ADAMI, H. O.; PERSSON, I.; HOOVER, R.; SCHAIERER, C. "The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progestin replacement". *N. Engl. J. Med.* (1989) 321: 293-7.
6. COLDITZ, G. A.; HANKINSON, S. E.; HUNTER, D. J.; et al. "The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women". *N. Engl. J. Med.* (1995) 332: 1589-93.
7. WILLIS, D. B.; CALLE, E. E.; MIRACLE-MCMAHILL, H. L.; HEATH, C. W. "Estrogen replacement therapy and risk of fatal breast cancer in a prospective cohort of postmenopausal women in the United States". *Cancer Causes Control.* (1996) 7: 449-57.
8. ANDERSON, G. L.; LIMACHER, M.; ASSAF, A. R.; BASSFORD, T. "The effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. The women's health initiative randomized controlled trial". *J. Am. Med. Assoc.* (2004) 291: 1701-12.
9. RAVDIN, P. M.; CRONIN, K. A.; HOWLANDER, N. et al. "A sharp decrease in breast cancer incidence in the United States in 2003". *Breast Cancer Res Treat* (2006) 29th SABCS; abstr. 5.
10. BOUCHARDY, C.; MORABIA, A.; VERKOOIJEN, H. M.; FIORETTA, G.; WESPI, Y.; Shafer, P. "Remarkable change in age-specific breast cancer incidence in the Swiss canton of Geneva and its possible relation with the use of hormone replacement therapy". *BMC Cancer.* (2006) 6: 78-85.
11. COOMBS, N. J.; TAYLOR, R.; WILCKEN, N.; BOYAGES, J. "Hormone replacement therapy and breast cancer: estimate of risk". *BMJ.* (2005) 331: 347-9.

Influències de l'obesitat en les malalties urològiques

Dr. Joan Flores · Uroleg

Les malalties cardiovasculars, el càncer, l'A.V.C., la insuficiència respiratòria i la D.M. estan lligades a l'obesitat. A més, els estudis portats en terme a diferents països avançats (sobretot als EUA) demostren que la major part de les 10 principals causes de mort estan relacionades amb l'obesitat, ja que els obesos pateixen diferents comorbiditats associades, HTA, tromboembòlies, artrosi, depressió... Per tant, aquestes patologies constitueixen la principal causa evitable de mort i superen, estadísticament, el tabac.

Malgrat els intents de culturització, tant en el tema de l'alimentació com en el de l'exercici físic, l'obesitat s'ha incrementat en tots el països desenvolupats, tant en els adults com en els nens. En general, l'obesitat afecta el 25% de la població. A Catalunya, es detecten 5.000 morts a l'any associades al sobrepès i aquesta xifra augmenta fins als 300.000 morts als Estats Units.

Als EUA, un 33% dels adults són obesos i es calcula que es gasten 30.000 milions de dòlars en programes de reducció de pes. Desgraciadament, el 90-95% d'aquesta despesa es desaprofita, ja que el 90% tornen a recuperar el seu pes i, en alguns casos, fins a un 10% més. A Espanya, el 14,5% de la població adulta és obesa (el 21% a Andalusia i el 13% a Galícia) i, a partir dels 50 anys, quasi el 50% de la població té sobrepès. La prevalença d'excés de pes és del 54,7% dels quals el 39,2% tenen sobrepès i el 15,5% són obesos. Així doncs, la prevalença s'incrementa d'una forma alarmant i es pot qualificar d'epidèmia del segle XXI. A més, cal recordar que el 35% de tots els càncers poden ser causats per factors dietètics i, per tant, serien evitables.

Per definició, l'obesitat és una acumulació excessiva de teixit adipós. L'IMC (pes en kg/alçada en m²) és el mètode més adequat per definir l'obesitat (vegeu taula 1 i taula 2). L'IMC i el pes no són els únics paràmetres de predicció de risc, també ho és el patró de distribució del greix. Si està distribuït a la part superior del cos (androide), predispone a malalties cardiovasculars, A.V.C. i D.M. L'obesitat es dona més freqüentment en grups socioeconòmics baixos i també hi ha diferències ètniques significati-

ves; però, a més, hi influeixen factors culturals i genètics. També s'han descrit patologies urològiques relacionades amb l'obesitat o influenciades per aquesta. A continuació, es mostren una sèrie de patologies i la seva relació amb l'obesitat.

- La IOE (Incontinència Urinària d'Esforç): sobretot en dones. Es van estudiar 6.424 casos i es va trobar una important relació estadísticament significativa. Es va arribar a la conclusió que un suport basat en la conducta podria ser important per tractar aquest trastorn. Altres grups han suggerit una pèrdua de pes prèvia al tractament mèdic o quirúrgic.

- Síntomes de les Vies Urinàries Inferiors (SVUI): s'ha demostrat la relació entre l'obesitat i l'augment de la pròstata, l'augment dels nivells sèrics d'estradiol i de testosterona (TTT) sèrica. Aquesta elevació de l'estradiol al teixit adipós com a conseqüència de l'aromatització de la testosterona provoca un augment de l'adenoma prostàtic. També s'ha demostrat que el creixement ràpid de la pròstata va associat a un major risc de càncer de pròstata (els obesos tenien un 2,5% més de possibilitats de desenvolupar aquesta malaltia).

- Disfunció erèctil: l'envelliment, la D.M. i l'aterosclerosi estan clarament associades a la D.E. i, per tant, l'obesitat es considera una causant d'aquestes patologies. Una sèrie de reaccions bioquímiques que acaben afectant l'eix hipotàlem-hipòfisi-testicle i que tenen com a conseqüència una disminució de la TTT. Encara que no es van trobar causes directes de D.E., sí que sembla que l'obesitat comporta un risc d'impotència vasculogènica desenvolupant una malaltia vascular crònica i una cardiopatia isquèmica silenciosa. També hi ha factors psicològics associats. En molts obesos, el penis pot quedar enterrat en el greix (penis amagat) i això provoca una falsa sensació de penis petit amb la conseqüent reacció psicològica. En ocasions, s'ha d'arribar a la correcció quirúrgica d'aquest fenomen (a Internet hi ha milions de pàgines que proposen diferents mètodes per allargar el penis). També hi influeix la baixa autoestima i la mala autoimatge.

- Fertilitat: la fertilitat masculina necessita que els testicles estiguin a

una temperatura inferior a la del nucli del cos. L'augment de temperatura escrotal causada per obesitat o altres causes pot disminuir l'espermatogènesi. Aquest efecte és reversible. També en les dones hi ha una subfertilitat i, encara que s'ignora la causa a través de la qual l'obesitat altera l'ovulació, sembla que és causada pel descens de concentració de globulines fixadores de les hormones sexuals.

- Formació de càlculs renals: en un estudi sobre 5.492 pacients es va demostrar que els canvis en la bioquímica sèrica i urinària comportaven una major incidència de càlculs, sobretot en les dones. També està demostrada una menor eficàcia en l'aplicació de la litotricia per ones de xoc i una major morbiditat en aquesta tècnica i en la uretroscòpia (procediment d'elecció en el tractament de la litiasi urinària).
- Obesitat i patologies malignes: moltes publicacions han demostrat una associació entre obesitat i càncer renal i de pròstata, no en el de testicle i de bufeta. El factors que influeixen en el desenvolupament del càncer són:

1. Exposició a factors exògens que perjudiquen els gens reguladors de la proliferació i migració cel·lular.
2. Potenciació selectiva de cèl·lules tumorals ambientals i dels seus precursors.
3. Alteració de la mort cel·lular programada (apoptosi).

TAULA 1. Criteris per definir l'obesitat en graus segons l'IMC (OMS)

	VALORS LÍMITS DEL IMC (KG/M ²)
Normopes	18,5-24,9
Sobrepès (obesitat grau I)	25-29,9
Obesitat grau II	30-34,9
Obesitat grau III	35-39,9
Obesitat grau IV	≥ 40

Taula 2. Percentatge de greix corporal

	HOMES	DONES
Normopes	12-20 %	20-30 %
Límit	21-25 %	31-33 %
Obesitat	> 25 %	> 33 %

Un 25% dels tumors apareixen per la variabilitat biològica natural de l'acumulació d'errors en l'organisme. La dieta i l'obesitat poden provocar un augment de radicals lliures que poden afectar l'ADN cel·lular i causar mutacions.

També tenen importància els factors de creixement (*growth factors*), que promouen l'angiogènesi i la mitogènesi en diversos teixits cel·lulars. El FGF-2

(Fibroblast Growth Factor) s'ha purificat de diversos teixits urològics i és un bon mitogen de les cèl·lules de l'epiteli urotelial i de l'estroma. L'alteració en nivells de FGF-2 implica la participació del factor de creixement i la progressió tumoral, com s'ha demostrat recentment. Els nivells d'alguns factors de creixement en tumors primaris, així com en l'orina i el sèrum, s'associen a la progressió del càncer i, fins i tot, poden actuar com a marcadors. L'IGF (Insulin Growth Factor) estimula les cèl·lules canceroses al laboratori i actua, també, com un marcador clínic del càncer de pròstata.

Els teixits adiposos emmagatzemen lípids que poden alterar la immunocompetència interferint en la funció dels macròfags i poden constituir una font de lípids mutàgens i de precursors d'esteroides gonadals que han estat involucrats en diversos tipus de tumors.

També les mitocondries de pacients obesos són menys eficients metabolitzant els lípids i és més probable que acumulin agents que provoquen dany oxidatiu. Finalment, el teixit adipós és un gran dipòsit de colesterol i triglicèrids, els metabòlits dels quals (TTT, androsterona) poden estimular el creixement de les cèl·lules epitelials i estromals prostàtiques, regulant

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

els receptors androgènics. El dipòsit d'aquests esteroides pot influir en la iniciació i progressió del càncer.

També, l'efecte de l'obesitat sobre la psiconeurologia pot ser important. Està demostrat que els pacients obesos tenen graus majors de depressió, que pot afectar el sistema immunitari, tal com demostren alguns estudis experimentals; per tant, l'obesitat pot afectar la biologia tumoral estimulament el creixement tumoral i pertorbant la immunovigilància.

• Càncer de pròstata (C.P.): encara que la taxa d'iniciació del C.P. és bastant coherent a tot el món, la taxa de progressió de la malaltia difereix notablement segons les diferents regions del món. Els homes nord-americans de raça blanca tenen una incidència vuit vegades més gran que els orientals de patir càncer de pròstata i, en canvi, els afroamericans tenen una incidència de fins a setze vegades superior. Aquestes diferències disminueixen en la segona generació d'orientals criats als EUA amb dietes occidentals. A Suècia, en un estudi sobre 414 casos, es va descriure un increment del 75% de risc de C.P. en el quartil superior d'ingesta d'energia, sense una associació clara entre el greix total i el greix monoinsaturat i el C.P., encara que existia una relació inversa amb la ingesta de greixos saturats. També s'ha demostrat que la leptina (un pèptid), que ajuda a regular el greix corporal, està relacionada amb el C.P.; la leptina sèrica es relaciona amb els nivells de PSA sèric i la puntuació de Gleason a través de la testosterona i d'altres factors relacionats amb l'obesitat. També s'ha demostrat en pacients sotmesos a prostatectomia radical un increment dels bordes positius i de l'estadi en pacients amb un IMC elevat. En un estudi a la Johns Hopkins amb 860 pacients, es va relacionar l'obesitat amb una histologia més desfavorable, especialment en menors de 50 anys.

• Càncer renal (C.R.): increment del C.R. en persones que consumeixen dietes riques en greix. Com a possibles mecanismes, es poden esmentar els nivells elevats d'estrògens, nivells d'insulina, més concentració de factors de creixement adiposos, metabolisme del colesterol i mal funcionament del sistema immunitari. A Alemanya s'estudien 277 pacients amb C.R. i s'examinen paràmetres com l'alcohol, el tabac i l'obesitat. Això explica les diferències d'incidència que es donen en aquesta patologia associada als esmentats factors.

• Càncer de bufeta: en estudis experimentals amb gossos es va demostrar un increment significatiu en gossos amb sobrepès. A Espanya, en concret a Calataiud, en un estudi epidemiològic en 514 pacients, es va demostrar una associació entre tabaquisme, obesitat

Taula 3. Valors de risc segons la distribució del greix corporal (dades antropomètriques)

CRITERI	VALORS LÍMIT	
	HOMES	DONES
Índex cintura-maluc	> 1 > 1	> 0,90 > 0,85
Circumferència de la cintura SEEDO	> 95 cm > 102 cm	> 82 cm. Valors de risc >92 cm. Valors de risc elevat
National Institutes of Health (NIH)	> 102 cm	> 88 cm. Valors de risc
Diàmetre sagital	> 25 cm	Valors de risc

i càncer de bufeta. Encara que de tots és coneguda la influència del tabac en aquest càncer, no està clara la relació entre l'obesitat i aquest càncer.

• Càncer de testicle: com a conseqüència de l'elevat nombre de casos de càncer de testicle que hi va haver a Dinamarca, es va contrastar la hipòtesi que podia ser a causa del consum excessiu de calories i greixos. Per aquest motiu, es van estudiar 438 casos i no es va trobar una associació significativa amb l'IMC, tot i que sí que es va demostrar que la major part dels casos es van donar en els individus més primers.

Dietes:

• Dietes pobres en greixos. En rates de laboratori amb càncer de pròstata es va veure un menor creixement de les cèl·lules malignes en els ratolins alimentats amb dietes pobres en greix.

• També s'ha publicat una reducció del risc de càncer de pròstata associada a una dieta rica en fruites i verdures.

• En un estudi epidemiològic es relacionen els licopens (ingredient que forma part de la tomata) amb un menor risc de càncer de pròstata.

• Els extractes d'isoflavonoides derivats de la soja inhibeixen les cèl·lules canceroses prostàtiques *in vitro*. Això lliga amb la menor incidència de càncer de pròstata en asiàtics. Encara que, en pacients amb un suplement de dieta de soja, no s'ha demostrat una reducció de la incidència de C.P.

• Antioxidants. S'ha descrit que el seleni redueix la progressió del càncer de pròstata i s'ha parlat d'una reducció del 60% en la incidència amb suplement de seleni a la dieta.

• També s'ha estudiat el potencial inhibidor dels betacarotens i de la vitamina E, però només sembla demostrar la influència de la vitamina E.

Exercici i pèrdua de pes:

• Els pacients amb sobrepès que fan exercici tenen menys morbiditat i mortalitat que els sedentaris. Encara que no es tenen estudis ben controlats, sembla que l'exercici protegeix contra el càncer de mama i de pròstata.

• La pèrdua de pes no sembla que tingui una influència tan important en el càncer, però sí en les altres patologies urològiques benignes, com la

incontinència, la disfunció erèctil i la infertilitat. Segons les dades circumstancials presentades, és defensible que tractar l'obesitat, disminuir els greixos, augmentar les fruites i verdures i fer exercici físic pot reduir la prevalença del càncer i millorar la supervivència dels pacients amb càncer. En els últims 30 anys s'ha reduït la mortalitat cardiovascular, la HTA i la dislipèmia a causa de l'èxit de la intervenció en salut pública. Això demostra que és factible aconseguir canvis en la conducta no saludable de la població.

Podem concloure que la incidència i la progressió de les malalties urològiques, inclosos els càncers, depenen de molts factors relacionats entre si, com l'obesitat, la dieta, la genètica, l'ambient, l'edat i el sistema immunitari. Per tant, la modificació dietètica i altres mesures de salut pública orientades a reduir el pes poden disminuir la incidència de malalties urològiques.

Bibliografia

1. Estudio SEEDO. *Prevalencia de la obesidad en España.*
2. Aranceta. *Obesidad y riesgo cardiovascular.* Documento de consenso.
3. Wolf AM. *Current estimates of the economic cost of obesity in EU.*
4. Mitka. *Economic takes aim at "big fat".* US lifestyle. JAMA
5. McGuire. *Prostate cancer an diet.* Mol Urol
6. Kreiger. *Risk factors for renal cell carcinoma.* Cancer causes control
7. Vena JE. *Diet in the epidemiology of bladder cancer.* Nut Cancer
8. Nguyen. *Elevated levels an angiogenic peptide bFGF in the urine of patients with a wide spectrum of cancer.* J National Cancer Institute
9. Whittemore. *Prostate cancer in relation to diet, physical activity, and body size in blacks, whites, and Asians in the EU and Canada.* J Natl Cancer Institute
10. www.dietahoodia.com
11. www.cancer.gov
12. www.seedo.es

Agraïments

Puy Rubio, dietista, i Miquel Flores, infermer.



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:
902 200 200
www.adeslas.es

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





MutualMédica

Dels Metges
i per als Metges



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

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

Assegurances i serveis totalment exclusius.

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



www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com