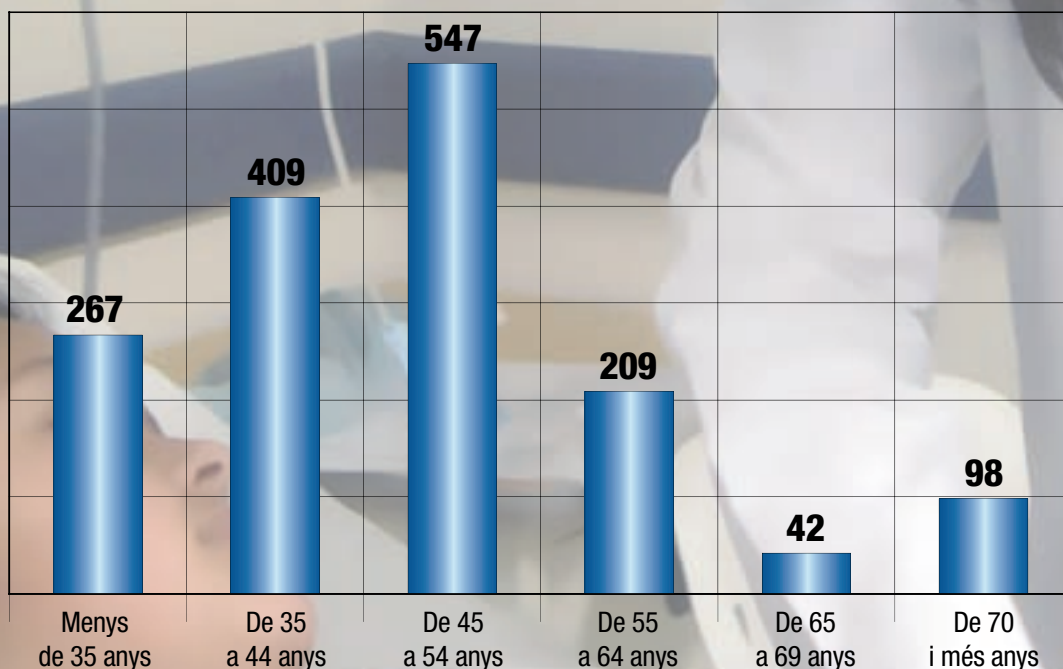


Perfil de la col·legiació a Lleida



El teu futur com a metge,
ben arrelat

Mutualista Jove

24 hores al dia
de protecció



MutualMèdica

Dels Metges
i per als metges

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

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

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

Sol·licitar el Premi de Natalitat.

Disposar d'un assessor personal.

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

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

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

Estalviar per al teu futur.

MUTUAL MÈDICA US INFORMA:
Tel.: 901 215 216
www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com

BUTLLETÍ
mèdic

Número 68, gener del 2008

Edició: Col·legi Oficial
de Metges de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41
e-mail: comll@comll.es
<http://www.comll.es>
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Tomàs Alonso Sancho
Emiliano Astudillo Domènech
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esqueda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:

Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:

Baldo Corderroure

Fotografia: COMLL i Laurent Sansen

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COMLL

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, SL

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

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (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

EDITORIAL

Unitat de cirurgia toràcica

Les xifres i les necessitats poblacionals per crear i rendibilitzar una unitat de cirurgia toràcica no són clares. D'una part, es recomana posar en marxa una unitat per a poblacions d'un milió d'habitants i dotar-la amb quatre o cinc cirurgians toràcics. Però, de l'altra, a Catalunya hi ha deu unitats mal distribuïdes que creen, com sempre, un greuge comparatiu entre territoris (vuit unitats a Barcelona, una de recent a Tarragona i una a Girona, amb quatre cirurgians i reconeixement per la formació docent). Sembla injusta l'existència d'una sobredimensió a l'àrea de Barcelona i una manca a l'àrea de Lleida, que atén una població de 450.000 habitants.

Catalunya compta, actualment, amb cinquanta metges especialistes o en formació, per la qual cosa no hi ha manca de personal humà. No obstant això, la redistribució geogràfica és complicada, ja que els cirurgians amb plaça consolidada en grans ciutats i en grans centres, normalment, no estan disposats a venir a Lleida.

Vindrien els que s'acaben de formar i haurien de dependre de les grans unitats de Barcelona? Aquesta solució tampoc sembla idònia, però, de la mateixa manera que han vingut oncòlegs, cardíologs i neurocirurgians, vindrien els toràcics si l'oferta fos atractiva. Encara que els paràmetres poblacionals no ho justifiquin plenament, es podria crear a Lleida una unitat inicial amb dos cirurgians, ampliable a tres, amb capacitat per a la cirurgia d'urgència i la programada i formació de residents, que n'asseguessin la continuïtat i qualitat.

Garantir l'accessibilitat dels lleidatans i les lleidatanes als recursos sanitaris en condicions similars a la resta de catalans és un argument de pes per legitimar la implantació d'una unitat de cirurgia toràcica.

SUMARI

El perfil dels metges i les metgesses col·legiats a Lleida

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) compta amb 49 col·legiats més. L'augment més significatiu es registra en les metgesses. 4)))

10 anys del programa de nutrició enteral a domicili a Lleida

El reportatge mostra els resultats de l'experiència del servei recollits al llarg d'una dècada. 15)))



Perfil dels metges i metgesses col·legiats a Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) té 1.572 inscrits, dels quals 888 són homes i 684, dones. Aquesta xifra suposa un increment de 49 col·legiats respecte al 2006. Cal destacar que l'increment de dones professionals col·legiades representa el doble que el dels homes. Així, en el cas de les metgesses, es va registrar un augment de 33 col·legiades, mentre que l'augment en el col·lectiu dels metges va ser de 16 professionals.

Segons les dades registrades fins

Metges col·legiats*			
	TOTAL	HOMES	DONES
TOTAL	1.572	888	684
Menors de 35 anys	267	78	189
De 35 a 44 anys	409	171	238
De 45 a 54 anys	547	332	215
De 55 a 64 anys	209	171	38
De 65 a 69 anys	42	39	3
De 70 i més anys	98	97	1
Metges col·legiats segons la seva situació laboral*			
TOTAL	1.572	888	684
No jubilats	1.439	764	675
Jubilats	133	124	9

*Segons dades de l'INE, fins al 31 de desembre de 2007

al 31 de desembre del 2007, els col·legiats d'entre 45 i 54 anys eren els més nombrosos, amb un total de 547 inscrits. Pel que fa al nombre de met-

ges col·legiats segons la seva situació laboral, el COMLL compta amb 1.439 professionals en actiu i 133 de jubilats.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), en les sessions ordinàries del 27 de novembre, el 4 i el 18 de desembre de 2007 i el 8 de gener de 2008, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Representació institucional: s'han assignat els diferents càrrecs institucionals als nous membres de la Junta de Govern (institucions, consells, fundacions, etc.).
- Presentació a la Junta de Govern de l'estudi *Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya*, elaborat per la Fundació Galatea. Presentació als col·legiats durant el primer trimestre de 2008.
- Creació de dues comissions de treball, una d'agressions en centres de treball i, l'altra, d'atenció primària.
- Ratificació dels membres actuals de la Comissió de Deontologia, a excepció del Dr. Josep Pifaré Paredero, atesa la seva condició de membre de la Junta de Govern.
- Aprovació del pressupost per al 2008 de l'Associació Medicoquirúr-

gica (AMQ) de Lleida, destinat a la realització d'activitats docents dins del marc del conveni de col·laboració entre el COMLL i l'AMQ.

- Presentació d'al·legacions, a l'inici, d'expedients d'amortització de 35 places de funcionaris locals del cos de metges titulars actualment vacants.
- Obertura del termini de presentació de sol·licituds al COMLL per a col·laboracions econòmiques en l'organització de cursos, congressos, jornades i similars amb càrrec al pressupost col·legial del 2008. El termini de presentació finalitza el 29 de febrer del 2008.
- Acords presos quant a les quotes col·legials:
 - Quotes ordinàries: absorció de l'increment de la quota fixada pel Consejo General de Colegios Médicos per part de la quota establerta pel COMLL. En conseqüència, la quota col·legial no té cap increment per a l'any 2008 i queda fixada, un any més, en 56,94 euros per trimestre.
 - Quota d'ingrés a l'OMC (primera col·legiació): s'estableix en 120,00 euros.
 - Quota per a col·legiats procedents d'altres col·legis: s'estableix aquesta nova quota en 30 i 75 euros, segons si han transcorregut menys o més de 30 dies, respectivament, des de la data de

baixa del col·legi d'origen.

- Reunió de Presidència amb directors dels diaris locals per tal d'establir els procediments sobre el tractament de notícies mèdiques.
- Reunió institucional amb els presidents de les seccions col·legials (jubilats, oftalmòlegs, acupuntors, homeòpates i metges naturistes).

Moviment de col·legiats

ALTES

Dolores Carnicer Pont
Anna Solé Tresserras
Cristina Jové Serrano
Carlos Fabián Simonelli
Yolanda Castells González
Montgomery Alonso del Carpio

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats honorífics els següents col·legiats: Ramon Fernández Paredes Mestres (1680), Carne Gabás Vilella (1118) i Yolanda Castells González (3598)

BAIXES

Mes de novembre: 0
Mes de desembre: 5
Entre les baixes del mes de desembre, figura la de la Dra. M. Carmen Viladoms Pérez, que ho ha estat per defunció.

Un total de 30 professionals participen en les jornades "No sólo ojos"

Un total de 30 professionals van participar en les jornades d'oftalmologia *No sólo ojos*, que es van celebrar els passats dies 19 de setembre, 17 d'octubre, 14 de novembre i 12 de desembre. Durant les sessions, diferents professionals del sector van posar damunt de la taula les concordances, controvèrsies i interaccions en oftalmologia i medicina.

El 19 de setembre, els ponents van ser el Dr. Manuel Vila, pneumòleg de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV); el Dr. Jacint Cabau, cardiòleg de l'Hospital Santa Maria de Lleida, i la Dra. Àngela Conte, oftalmòloga de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. La moderadora va ser la Dra. Maria Jesús Muniesa, oftalmòloga de l'HUAV.

El 17 d'octubre van participar en la jornada el Dr. Luis Brieva, neuròleg de l'HUAV, i el Dr. Bernardo Sánchez, oftalmòleg de l'Hospital Clínic de Barcelona. El moderador va ser el Dr. Fernando Celada, oftalmòleg de l'ABS Prat de la Ribera.

El mes de novembre, la taula rodona va comptar amb la participació del Dr. Gorka Martínez, oftalmòleg de la Clínica Oftalmològica Barraquer, i el Dr. Antonio Segura, internista de l'Hospital General de la Vall d'Hebron. En aquesta ocasió, la moderadora va ser



El curs es va cloure el passat 12 de desembre

la Dra. Francesca Mayoral, de l'Hospital Santa Maria.

Finalment, el curs que va cloure les jornades es va impartir el 12 de desembre. Els ponents del dia van ser el Dr. Juan Pablo Horcajada, internista d'infeccioses de l'Hospital del Mar, i

el Dr. Rafael Ferreruela, oftalmòleg de l'Institut d'Oftalmologia de Lleida (ILO). Va moderar la taula el Dr. Abel Salas, oftalmòleg de l'ILO. Un cop finalitzat el curs, la presidenta del Col·legi de Metges de Lleida, la Dra. Rosa Pérez, va clausurar les jornades.

Nou curs de formació contínua a l'Arnau

L'Hospital Arnau de Vilanova ofereix de nou, enguany, un curs de formació contínua per al personal facultatiu de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida. Les jornades són gratuïtes i s'imparteixen a la Sala d'Actes de l'HUAV, de 15.30 a 18.00 hores. No cal realitzar inscripció prèvia, ja que en cada sessió els participants signaran un registre d'assistència. L'HUAV lliurarà el certificat d'assistència en finalitzar el curs a aquelles persones que hagin participat en el 80% de les jornades. Per a més informació, es pot consultar el web de l'HUAV, www.arnau.scs.es, o trucar al telèfon 973 70 52 36.

Curs de formació contínua per al personal facultatiu Hospital Arnau de Vilanova de Lleida. Any 2008		
DATA	COORDINACIÓ	CURS
13 de febrer	Dr. Àngel Pelayo	"Teràpia cel·lular en cirurgia"
5 de març	Dr. Dídac Maurício	"Actualització en el tractament de la diabetis mellitus"
2 d'abril	Dr. Antonio Llobart	"Model d'investigació: l'assaig clínic en oncologia"
16 d'abril	Dr. Manel Vilà	"La formació dels residents a la Regió Sanitària de Lleida"
30 d'abril	Dra. Marina Pardina	"Diagnòstic per la imatge del càncer de colon"
14 de maig	Dra. Mariona Badia	"El procés de la donació d'òrgans"
21 de maig	Dr. José Luis de Frutos	"Avaluació i tractament del pacient amb un accident vascular transitori"
11 de juny	Dra. Maria Nabal	"L'abordatge del final de la vida en un hospital d'aguts"
25 de juny	Dr. Xavier González Tallada	"Adolescència i embaràs"
8 d'octubre	Dra. Elvira Fernández	"Recerca a l'hospital"
22 d'octubre	Dr. José Antonio Carceller	"Visió multidisciplinària del tractament del càncer de pròstata"
5 de novembre	Dr. Ferran Barbé	"Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC): més enllà del pulmó"
19 de novembre	Dr. José Manuel Porcel	"Complicacions mèdiques en el postoperatori"
3 de desembre	Dr. Fernando Wornor	"Mort sobtada en el pacient sense cardiopatia"



A l'esquerra, una de les ponències de la jornada. A la dreta, els assistents van omplir l'Aula Magna de la UdL

Lleida acull la VI Jornada d'Immunitzacions

El passat 8 de novembre de 2007, es va celebrar a l'Aula Magna de la Universitat de Lleida la VI Jornada d'Immunitzacions a l'Atenció Primària. Va estar organitzada per les Gerències Territorials de Lleida i de Pirineu i Aran, i pel Departament de Salut de Lleida, amb l'assistència de 170 professionals de la salut de diferents àmbits sanitaris (infermeres, llevadores, pediatres i metges de família).

En la primera taula, *La consulta del dia a dia*, es va tractar com interpretar els carnets de vacunes dels nous vinguts d'altres països, l'anàlisi dels registres de vacunes per tal de buscar estratègies que ens ajudin a augmentar les cobertures i les pàgines web on es poden trobar les darreres novetats en vacunes (vegeu el quadre de la pàgina 7).

La segona taula, *Actualitzacions d'enguany*, va donar a conèixer les darreres novetats en matèria de vacunes. El Dr. David González va descriure l'evolució de les vacunes antigripals, des de la vacuna de primera generació de virus sencers fins a les adjuvants amb MF59, que busquen augmentar la potència i accelerar la resposta immunitària en les persones amb menys capacitat de resposta. El futur passa per aconseguir una vacuna intranasal amb pocs efectes secundaris i independitzar la producció de vacunes del



Es van presentar les darreres novetats en matèria de vacunes

cultiu en embrió de pollastre, amb una obtenció molt més ràpida, que busca més seguretat i eficàcia.

El Dr. Joan Batalla va exposar els avantatges d'una vacunació sistemàtica d'hepatitis A des de la infància. Es preveu que hi haurà una tendència a

l'augment de la població susceptible (del 34,7% de susceptibles l'any 2007 es pot passar al 56% l'any 2030) i, per tant, augmentaran els brots epidèmics. La vacunació sistemàtica de l'hepatitis A es postula com la mesura ideal per a la prevenció d'una malaltia que és lleu,

però que té un llarg procés.

El Dr. Pere Godoy ens va explicar l'evolució del brot de xarampió que hem tingut a Catalunya, arran d'un cas importat a Itàlia que ha ocasionat 372 casos confirmats, amb una gran proporció d'afectats en els menors de 15 mesos (50%) i 11 casos en personal sanitari. Així doncs, cal continuar treballant perquè tota la població tingui dues dosis de vacuna, seguir amb la vacunació dels viatgers internacionals i desplaçar l'inici de la vacunació als 12 mesos d'edat.

El Dr. J. M. Bayas va presentar diferents estudis sobre l'alta eficàcia de la nova vacuna contra el papil·loma virus. La infecció per papil·loma virus té una alta associació amb el càncer de coll d'úter i també amb altres tipus de càncer (anus, vulva, vagina, penis i orofaringe). El Consell Interterritorial de Salut, del Sistema Nacional de Salut, ha aprovat la inclusió de la vacuna de l'HPV en el calendari sistemàtic en una cohort de nenes, entre els 9 i 14 anys, abans del 2010, segons les necessitats, prioritats i logística de cada comunitat autònoma.

La vacunació no protegeix dones infectades ni tampoc contra serotipus no inclosos en la vacuna, però són vacunes segures i amb una eficàcia protectora molt elevada enfront la infecció i la CIN. Queden preguntes obertes, com si s'ha d'administrar només a les dones, si faran falta dosis de record... I queda pendent la reavaluació dels programes de cribratge i la necessitat d'estudis econòmics.

La jornada va impulsar la comunicació i coordinació entre les diferents vacunes, així com la seva participació dins les respectives comissions, per determinar la necessitat i la transcendència d'aquesta trobada.

Pepi Estany Almirall
Comissió de Vacunes SAP PUNSU

Organismes oficials nacionals

Generalitat de Catalunya

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/vacunes/index.html>

MINISTERI DE SANITAT I CONSUM

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunacionesProfesionales.htm>

Societats científiques nacionals

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA

<http://www.vacunassoc.org>

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

<http://www.vacunasaeop.org/>

Organismes oficials internacionals

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/topics/vaccines/en/>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC)

<http://www.cdc.gov/vaccines>
<http://wwwn.cdc.gov/travel/default.aspx>

Altres

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIONES

<http://www.vacunacionlibre.org>

SIEMPREVACUNADOS

<http://www.siemprevacunados.org>

PROMED MAIL

<http://www.promedmail.org>

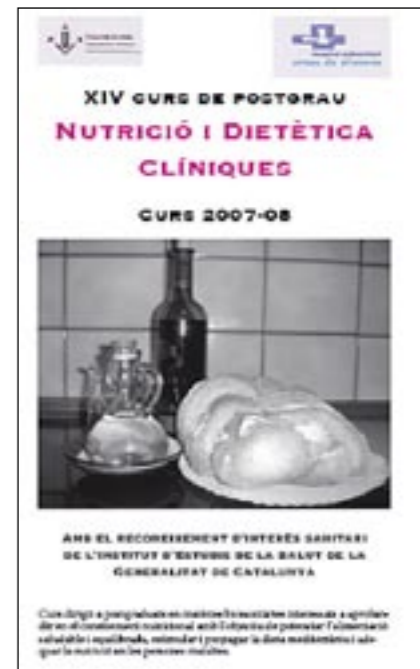
Formació

WIKIPÈDIA

<http://www.promedmail.org>

FISTERRA

<http://www.fisterra.com/vacunassoc/index.asp>



Postgrau de "Nutrició i dietètica clíniques"

En els propers mesos de març i abril del 2008, s'impartirà una nova edició actualitzada del curs de postgrau *Nutrició i dietètica clíniques*, corresponent al curs acadèmic 2007-2008. El curs s'impartirà a la Unitat Docent de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Aquest curs està dirigit a postgraduats en titulacions relacionades amb l'àmbit biosanitari i consta de 16 crèdits computables. El període lectiu comprèn des del 25 de febrer fins al 15 d'abril de 2008.

El curs consta de quatre mòduls dedicats a analitzar diferents aspectes de la nutrició: el primer mòdul es dedica a fer una introducció a la fisiologia de la nutrició i a l'anàlisi dels aliments i els nutrients; en el segon, es tracta l'avaluació de l'estat nutricional i el càlcul de les necessitats nutricionals; el tercer es dedica a analitzar la nutrició en relació amb les més importants malalties relacionades, i el quart i últim mòdul estudia la dietètica clínica.

El període de matrícula romandrà obert del 17 de gener al 15 de febrer de 2008, ambdós inclosos. Per a més informació, podeu contactar amb la següent adreça: teresa@medicina.udl.es.

Àngel Rodríguez
Director del curs de postgrau
Nutrició i dietètica clíniques



Un total de 40 persones van participar en el tradicional dinar de Nadal



Bellmunt va oferir una ponència

Assemblea ordinària dels sèniors

El passat dia 19 de desembre es va celebrar l'assemblea ordinària de la Secció dels Metges Jubilats a l'Hotel Condes de Urgel. Hi van assistir un total de 17 professionals jubilats. Els acords presos van ser, en primer lloc, pregar al Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) que demani consulta al departament jurídic de quatre qüestions relatives a les obligacions dels metges jubilats. En segon lloc, es va acordar mantenir els dinars de companyonia i els cursos d'informàtica, prèvia consulta per saber si hi haurà assistència suficient. També es va decidir fer arribar al Col·legi el text de dos punts de l'acta de l'Assemblea General de Madrid, que va tenir lloc el passat dia 30 de novembre. Un dels últims acords va ser agrair al Dr.

Rafael Ferreruela la seva consideració envers els membres del nostre col·lectiu, familiars directes i vídues de metge. Finalment, es va aprovar el pressupost del 2008.

Dinar de Nadal

Com cada any, els sèniors van celebrar, el passat mes de desembre, el tradicional dinar de Nadal. En aquesta ocasió, va tenir lloc a l'Hotel Condes de Urgel i hi van assistir 40 persones. La festa va tenir una molt bona acollida, així com el menú i el servei. A les senyores se les va obsequiar amb la flor de Nadal.

Conferència

L'escriptor lleidatà Joan Bellmunt i Figueras va tancar el cicle de con-

ferències el passat 20 de desembre amb la ponència *Pels camins de l'Alta Ribagorça i la Vall de Boí*. Els assistents van gaudir de les seves explicacions, didàctiques, planeres i ben documentades. L'escriptor va acompanyar el seu discurs amb unes fotografies de la zona.

Joan Bellmunt és autor de més de setanta llibres de temàtica diversa (recerca, etnografia, història, novel·la i poesia) i ha estat guardonat amb múltiples premis i reconeixements, entre ells Garriguenc del 1989, Lleidatà Exemplar (1992) o el Premi Francisco Capdevila i Premi Jaume I d'Actuació Cívica Catalana (1992).

L'any 2001, el Govern de la Generalitat de Catalunya li va atorgar la Creu de Sant Jordi.

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**

¿Vols tenir-ho tot per a la teva salut i la dels teus?

Adeslas
és prevenció.

És el que vols. Tenir-ho tot per a la cura de la teva salut i la dels teus, des de l'atenció primària fins a la més especialitzada. I com que l'important és prevenir, amb Adeslas tens la tranquil·litat que necessites. Perquè ens preocupem per tu, fins i tot quan estàs bé.

profesionales.adeslas.es

Recorda que tens a la teva disposició un nou canal de comunicació interactiu que permetre un contacte directe amb Adeslas: consultar liquidacions, formalitzar dades administratives, disposar d'una formació mèdica continuada i de totes les eines de gestió clínica que siguin d'utilitat.



És necessària una unitat de cirurgia toràcica a Lleida?

Lleida és l'única província de Catalunya que no disposa d'unitat de cirurgia toràcica. Per això, Butlletí Mèdic ha obert un debat sobre la necessitat o no de crear-la. BM ha convidat també els representants de l'Administració a pronunciar-s'hi, però al tancament de l'edició no ha arribat cap article.

Per què no hi ha cirurgia toràcica a Lleida?

Cirurgia Toràcica (CT) a Lleida? La resposta és contundent i clara: sense cap dubte. La pregunta adequada és per què no hi ha CT a Lleida? Com és possible que un hospital que cobreix una àrea efectiva d'uns 400.000 habitants no disposi d'assistència en aquesta branca de la patologia? Com és possible que un hospital universitari no disposi de CT? És l'únic hospital universitari del país sense CT! Com és possible que, en un territori on es produeixen més del 25% dels accidents greus del país, l'assistència en CT estigui a 160 km? És realment difícil d'explicar i més difícil d'entendre per a un observador exterior. Un factor directament relacionat amb aquest dèficit és la manca de planificació sanitària en el país. D'altra banda, no s'entén la concentració dels serveis de CT a l'àrea metropolitana de Barcelona, o la pràctica de cirurgia toràcica a Girona, Tarragona i a Reus, i la manca d'aquest servei en una zona tan àmplia i amb població suficient com és Lleida. Segurament, també hi ha col·laborat l'anomenat caràcter lleidatà, poc reivindicatiu i conformista, que accepta, amb un aire fatalista, un destí col·lectiu que ens situa a la cua en molts temes sanitaris. Afortunadament, estan canviant moltes coses en els darrers anys i algunes mancances (quasi bé discriminacions) s'estan compensant.

És evident que la necessitat de CT no es justifica per la presència d'aquest servei a d'altres territoris, sinó per la necessitat de cobrir una demanda en el mateix territori. El nivell assistencial no és el lloc on s'han de presentar xifres en detall, però sí de posar damunt la taula les patologies que necessiten l'assistència del cirurgià toràcic. Una de les més importants és el càncer de pulmó. El cirurgià toràcic està implicat en els procediments diagnòstics, en l'estadiatge i, evidentment, en el tractament dels pacients amb càncer de pulmó. El CT ofereix una mirada des d'una altra perspectiva sobre un mateix problema, i aquesta situació és bona per al malalt. El cirurgià toràcic també està implicat en procediments diagnòstics (biòpsia pulmonar, mediastinoscòpia, broncoscòpia rígida) i en altres patologies no neoplàstiques; també en l'estudi de malalties pleurals amb la pràctica de la pleuroscòpia, en el maneig dels drenatges toràcics i, evidentment, en l'atenció als traumatismes toràcics. La presència de CT també permet millorar els abordatges quirúrgics, principalment en el camp de la cirurgia general.

Com és possible que un hospital que cobreix una àrea amb 400.000 habitants no disposi de servei de CT?

La presència de CT no només s'ha d'avaluar amb les hores de quiròfan que s'ocuparien, també s'hauria de valorar (i molt!) la influència que tindria la presència de CT per garantir l'adequada formació de molts residents del nostre hospital. Formació dels residents de pneumologia, però també d'altres especialitats mèdiques (Anestèsia, Medicina Interna, Intensius), quirúrgiques i, també, de serveis centrals, com Anatomia Patològica. En alguns programes d'especialitat on és obligatòria la rotació per CT, els nostres residents es desplacen a altres centres, però això no és suficient per assolir un bagatge de qualitat. La manca de CT és una limitació, també, per als professionals de plantilla de l'hospital i ens fa menys competitiu.

En pregrau, la CT queda totalment descoberta. Des d'àrees properes, intentem cobrir-la de la millor manera possible, però la qualitat de l'ensenyament milloraria amb la presència d'un cirurgià toràcic.

Un cop tinguem clara la necessitat de CT, podem pensar quina és la millor fórmula. Crear un servei independent, vincular l'activitat a l'hospital de referència, adscriure els cirurgians a pneumologia i crear una unitat medicoquirúrgica. Totes les iniciatives es poden dur a terme. Hi ha experiències dels diferents models, i cadascuna té avantatges i inconvenients, però l'objectiu final és disposar de CT permanent a Lleida.

La reivindicació de CT a Lleida també té relació amb el tipus d'hospital que volem. En salut, el continuisme és anar endarrere. No podem deixar de créixer. A més, és una obligació, venim de molt endarrere i encara no estem al nivell que pertoca a la nostra població. Si no ho fem, algun dia ens ho reclamaran.

Ferran Barbé
Cap de Servei de
Pneumo de l'HUAV

Necesidad de un servicio de cirugía torácica en la provincia de Lleida

Según las normas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la provincia de Lleida

no cumple los requisitos necesarios para que un servicio de cirugía torácica sea rentable desde el punto de vista científico y económico.

La OMS aconseja una población de referencia por encima de los 800.000 habitantes para que el Servicio de Cirugía Torácica sea operativo.

Es cierto que otras provincias de Cataluña, como Girona y Tarragona, disponen de cirugía torácica propia; lo que parece, a ojos de muchos, un agravio comparativo, no quiere decir que los ciudadanos de esta provincia estén mal atendidos en esta especialidad, aunque tengan que soportar las molestias de los traslados.

Por otra parte, las dos provincias antes citadas tienen unos incrementos puntuales de población turística que ocasionalmente podrían justificar su necesidad.

Estado actual de la cirugía torácica en Lleida

Actualmente, la provincia de Lleida y su área de referencia de la provincia de Huesca no cuenta con ningún cirujano torácico.

La patología torácica menor (drenajes pleurales, traumatismos leves) es atendida por las distintas especialidades del Hospital Arnau de Vilanova.

Para la patología oncológica, existe una consulta externa dos veces al mes cubierta por cirujanos torácicos del Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona, donde se visitan principalmente los pacientes que previamente han sido discutidos en el Comité de Tumores Mixto (Hospital Arnau de Vilanova y Hospital de la Vall d'Hebron).

La cirugía mayor se realiza en el Hospital de la Vall d'Hebron, así como el seguimiento posterior de los pacientes en consulta externa.

El traslado de los pacientes al Hospital de la Vall d'Hebron para la realización de cirugías mayores no causa tantos trastornos al paciente como la necesidad de realizar después continuas visitas de control.

Posibilidades de mejora en la atención de los pacientes de Lleida

La posibilidad de crear un servicio de cirugía torácica en la provincia de Lleida no parece, en el momento actual, factible desde el punto de vista administrativo ni rentable a corto plazo.

Ahora, la mejora de la atención a la población de Lleida pasaría por crear una consulta externa semanal

El previsible aumento de la población de la provincia y el hecho de tratarse de un hospital universitario pueden ser considerados datos a favor de plantearse a medio plazo esta necesidad.

La experiencia de otros hospitales ha demostrado que las "mini-unidades" de cirugía torácica de uno o dos cirujanos, muchas veces adscritos a otras unidades quirúrgicas, acaban fracasando con frecuencia, ya que los profesionales que la componen buscan, en cuanto pueden, una salida mejor a sus aspiraciones profesionales cambiando de hospital, con lo que estas plazas "de paso" casi siempre son cubiertas por cirujanos con poca experiencia.

Teniendo en cuenta esta consideración, en el caso de que algún día se decidiera la creación de un servicio de cirugía torácica en el Hospital Arnau de Vilanova debería hacerse como un servicio independiente con un mínimo inicial de tres facultativos y que estuviera en condiciones de atender a la población de Lleida con la misma calidad que se le pueda dar en cualquiera de los servicios que, desde hace muchos años, funcionan en Barcelona. Este servicio debería tener, además, implicación docente tanto en la universidad como a nivel de formación de residentes.

En el momento actual, la mejora de la atención a la población de Lleida pasaría por la creación de una consulta externa semanal, cubierta por facultativos del Hospital de la Vall d'Hebron, que evitara a los pacientes los inconvenientes de un traslado hasta Barcelona.

Para cubrir esta necesidad, sería imprescindible ampliar con un nuevo facultativo la plantilla del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital de la Vall d'Hebron.

En una segunda fase, se podría estudiar la posibilidad de realizar cirugía mayor ambulatoria o cirugía de corta estancia en el Hospital Arnau de Vilanova.

Dr. J. A. Maestre Alcácer
Jefe de Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona

Importància de poder disposar d'una unitat de cirurgia toràcica a l'Hospital Arnau de Lleida per a la formació de graduats en Medicina a la UdL

Aquest inici de curs ha coincidit amb el 30è aniversari de la reins-tauració de la Facultat de Medicina a Lleida. La nostra breu història ens permet fer una anàlisi de les dificultats que s'han hagut de superar per fer realitat la creació d'una Facultat de Medicina amb equips docents consolidats i grups d'investigació competents.

En els seus orígens, la facultat va viure unes condicions de precariedad extremes i tot just podia complir la funció de transmetre coneixements. En aquest període, el suport de la societat i de les institucions lleidatanes va ser fonamental. Gradualment, hem anat adquirint una organització i una estructura molt professionalitzades i competitives gràcies al sobreesforç personal dels seus professionals, ja que les inversions de les institucions han estat sempre deficitàries. Malgrat aquestes limitacions, hem creat una Facultat de Medicina competitiva en una regió del nostre territori que massa sovint queda fora de les prioritats d'inversions i lluny de l'àrea d'influència preferent de Barcelona. Durant aquest període s'han anat incorporant professors de reconegut prestigi que han impulsat la creació d'equips potents de docència i de recerca. És evident que aquests esdeveniments també han incidit en les nostres institucions sanitàries i, de retruc, en la seva qualitat. Ara tenim una bona facultat i estem treballant en diversos projectes que faran de la nostra facultat una institució moderna, adaptada als temps actuals, atractiva, que podrà competir sense complexos amb les que són considerades facultats de Medicina insignia. Dins d'aquestes perspectives de futur, molts dels nostres projectes s'haurien de desenvolupar conjuntament amb el Departament de Salut per tal d'es-

tablir sinergies dirigides a potenciar ambdues institucions.

Actualment, un elevat nombre de pacients de les nostres comarques amb diverses patologies quirúrgiques toràciques és derivat cap a Barcelona, fet que fa que els nostres estudiants no tinguin pràcticament accés a aquest tipus de malalts. Des de la Facultat de Medicina considerem que seria bo que el Departament de Salut es plantejés la possibilitat de crear una unitat de cirurgia toràcica a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, cosa que ens equipararia amb la resta de facultats de Medicina de l'Estat que disposen d'hospitals amb unitats de cirurgia toràcica. Això permetria, per una banda, incrementar l'oferta formativa dels nostres estudiants i, per l'altra, potenciar el Departament de Cirurgia de la Facultat de Medicina, un dels departaments més petits de la Universitat de Lleida.

En aquest sentit, la Facultat de Medicina de Lleida es posa a disposició del Departament de Salut per treballar conjuntament en aquesta direcció i poder captar professionals de contrastat prestigi, tant en l'àmbit clínic com universitari.

Joan Ribera

Degà de la Facultat de Medicina de Lleida

Cirurgia toràcica i cures intensives

La petició d'implantar Cirurgia Toràcica (CT) a la nostra àrea sanitària és una vella reivindicació que recull no només l'aspiració dels professionals sanitaris (per completar una cartera de serveis), sinó també la de tots els usuaris que se senten desprotegits en aquest vessant de l'assistència mèdica (i que han de traslladar-se fins a Barcelona per aconseguir aquest privilegi).

Els problemes que resol la CT no només se centren en la cirurgia programada de càncer de pulmó, sinó que incideix en patologies compartides amb moltes altres especialitats (oncologia, respiratori, hematologia, traumatologia, cirurgia general, endocrinologia, etc.).

La manca de CT fa que aspectes assistencials i docents de la Medicina Intensiva hagin de ser tractats fora del nostre hospital (els nostres malalts i metges residents han de desplaçar-se a centres que



Figura 1. Radiografia de malalt amb ferida penetrant per un tret (cartutx de perdigons). Assistit a l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

disposin de CT).

Des del punt de vista de la Medicina Intensiva, hauriem de fer algunes puntualitzacions

Existeixen processos urgents que han de tenir assistència per CT, i si aquesta assistència no està disponible només ens queden dues opcions: o es fa "el que es pot" o es trasllada el malalt a un centre que estigui disponible (a Barcelona). A la fotografia (figura 1) es recull un cas amb aquests supòsits. El malalt va rebre un tret sobre la regió esquerra del tòrax (ferida oberta amb gran pèrdua de substància i sagnat massiu), es va intervenir al nostre hospital (òbviament no es podia traslladar i els nostres cirurgians van demostrar una preparació extra) i va romandre al nostre hospital (a la UCI i a la planta de Cirurgia) fins a rebre l'alta hospitalària. Els problemes que es poden incloure en aquest apartat són les ferides penetrants (traumatismes, lesions per arma blanca o per arma de foc), la ruptura traqueal (o de qualsevol tram de la via aèria principal), l'hemotòrax massiu i el cos estrany traqueal impactat (quasi exclusiu de nens i sense possibilitat d'extracció endoscòpica). Aquests processos no són gaire freqüents (menys de 6 casos a l'any), però la nostra població està exposada a patir-los.

Com, per exemple, l'últim cas de trasllat durant aquest any, un dramàtic hemotòrax massiu (finalment amb bona evolució) que fins i tot ha derivat en queixes dels familiars que poden acabar en la via judicial.

Hi ha altres processos que no són urgents, però que apareixen en l'evolució dels nostres malalts crítics i la seva resolució també exigeix el trasllat a un centre terciari. Aquí, cal incloure l'abscess pulmonar, l'empíema tabicat, el pneumotòrax amb fístula broncopleural, les fístules des de l'abdomen, la fístula traqueoesofàgica i l'estenosi traqueal. Malgrat que segueixen sent processos poc freqüents (menys de 4 casos a l'any), no podem obviar que en el cas d'aquests malalts el trasllat cal fer-lo amb suport vital avançat i que són sotmesos a un risc afegit.

La CT també ens ajudaria en el maneig de traumatismes toràcics (drenatge pleural, fixació costal, etc.). Prop de la tercera part dels nostres ingressos es deuen a malalts traumàtics, la meitat d'ells amb participació toràcica i l'altra meitat amb drenatge pleural. Això suposa uns 50 traumatismes toràcics a l'any.

L'altre aspecte que cal valorar correspon al repte que suposaria la incorporació de la CT amb el gruix de la seva patologia, que és la cirurgia de ressecció de neoplà-

sies pulmonars (uns 100 malalts a l'any). L'impacte de la incorporació de CT incideix en tot l'hospital i, sobretot, en els serveis d'anestèsia i UCI que hauran de ser capaços de dur-ne correctament el preoperatori, l'acte quirúrgic i el postoperatori dels malalts (lobectomies, segmentectomies, pneumectomies, etc.). Per voluntat, trajectòria i formació l'hospital està preparat per dur a terme aquesta tasca.

En l'estratègia global de millora de les prestacions de la nostra àrea sanitària el futur immediat hauria de comptar, també, amb les incorporacions de neuroradiologia intervencionista i amb la complementació en assistència pediàtrica (cirurgia, UCI, etc.), però, sens dubte, la CT continua sent l'opció prioritària.

Des del punt de vista de la medicina crítica, el debat no és si cal o no tenir CT a la nostra àrea, sinó que el debat hauria de ser quan en podrem disposar. Per tot això, la nostra resposta és plenament afirmativa i fins i tot afegim que cal que participem en la planificació estratègica de la seva incorporació.

Dr. Javier Trujillano Cabello

Servei de Cures Intensives. Hospital Universitari Arnau de Vilanova

¿Seria justificable una unitat de cirurgia toràcica en Lleida?

El càncer de pulmó representa un problema sanitari de gran magnitud, dado que constituye una de las principales causas de mortalidad por càncer con una incidencia global de 80 casos/100.000 habitantes y año en varones (es la neoplasia más frecuente en el varón) y 50 casos/100.000 habitantes y año en mujeres; lo que representaría en nuestra área de influencia una incidencia de unos 300-350 casos por año.

Típicamente, el càncer de pulmó se divide en dos grandes grupos desde el punto de vista histológico: de células pequeñas (25%) y de células no pequeñas (75%). El 50-70% de los segundos son potencialmente curables en estadio temprano y el tratamiento de elección en dichos pacientes es inicialmente la cirugía.

Además, dentro del estudio de extensión de la enfermedad, la cirugía juega un importante papel en cuanto a las indicaciones de

mediastinoscopia, mediastinotomía anterior, videotoracoscopia o toracotomía exploradora.

Por último, se añade a la valoración de cirugía toràcica a los pacientes diagnosticados de metástasis pulmonares que dentro de ciertas patologías y gracias a los avances terapéuticos actuales deben ser considerados para exéresis con finalidad curativa (por ejemplo, neoplasia de colon).

El enfoque multidisciplinar con todas las especialidades médicas que participan en esta neoplasia es la única solución para llevar a cabo un tratamiento con posibilidades de éxito.

Por este motivo, en el Hospital Arnau de Vilanova se creó un comité de tumores toràcicos con las especialidades más vinculadas al diagnóstico y tratamiento del càncer de pulmó: cirugía toràcica, neumología, radiodiagnóstico, oncología médica, oncología radioterápica y anatomía patológica. Dicho comité se inicio hace 2 años y se reúne con una periodicidad quincenal.

Durante este periodo, se han presentado en dicho comité una media de 100 pacientes por año para valoración de tratamiento quirúrgico a realizar en el Servicio de Cirugía Toràcica del Hospital de la Vall d'Hebron. Esto conlleva una incomodidad al paciente de trasladarse a otra ciudad y una dificultad de seguimiento por parte de nuestro centro y de los servicios implicados en el tratamiento complementario posterior.

De los pacientes diagnosticados de càncer de pulmó hasta diciembre del 2007 se remitieron para valoración en el comité de cirugía toràcica a un total de 112 pacientes. Un 54% han sido considerados quirúrgicos y/o con necesidad de un abordaje quirúrgico por parte del servicio de cirugía toràcica del Hospital de la Vall d'Hebron. En la actualidad, hay un número de pacientes que están en lista de espera de dicho tratamiento quirúrgico y que desconocemos por no tener acceso a la misma, al ser de otro hospital.

Necesidad de una unidad de cirugía toràcica integrada en nuestro centro

Con la idea de mejorar el diagnóstico del càncer de pulmó, se creó hace más de un año una unidad de diagnóstico rápido para disminuir

los tiempos de todas las maniobras diagnósticas y de extensión del càncer de pulmó.

El tratamiento del càncer de pulmó precisa de un enfoque multidisciplinario preciso, y por ello se creó un comité de tumores toràcicos para su correcta valoración y decisión rápida y adecuada para cada uno de los casos que vengan de la unidad de diagnóstico rápido. Cuando se decide la valoración quirúrgica nos adentramos en una espera en la que el profesional de Lleida no puede influir, a pesar de haber realizado el diagnóstico en el tiempo adecuado.

Después del tratamiento quirúrgico, muchos pacientes deberán seguir con un tratamiento complementario con quimioterapia y/o radioterapia, por lo que es importante cumplir los tiempos del postoperatorio y que los profesionales tengan acceso directo a los datos histológicos que se necesitarán para individualizar dicho tratamiento. Además, como hospital universitario nos permitiría investigar sobre nuevos avances en el tratamiento y ofrecer al paciente la oportunidad de poder participar en estudios multicéntricos.

Con un servicio de cirugía toràcica completamente integrado, los pacientes podrían llevar a cabo todo el tratamiento en nuestro centro, con lo que se simplificarían los tiempos de espera y la planificación posterior de los tratamientos complementarios a la cirugía que se deban llevar a cabo.

El Servicio de Oncología Médica y el de Oncología Radioterápica solicitan la integración de un Servicio de Cirugía Toràcica en nuestro centro para mejorar los resultados del tratamiento global de nuestros pacientes con càncer de pulmó.

Elena García Alonso

(Oncología Radioterápica) y Serafin Morales Murillo (Oncología Médica) de l'HAV

¿Es necesaria una unidad de cirugía toràcica en Lleida?

La cirugía toràcica es una especialidad médica de desarrollo reciente pero que ha adquirido una notable consolidación en los países de nuestro entorno. En España fue reconocida en el RD 1014/1978, BOE del 29/7/78. Nació a partir

de otras especialidades de mayor tradición, como la neumología y la cirugía general, lo que ha marcado su desarrollo científico. De este origen derivan algunas peculiaridades, como el hecho de que los cirujanos torácicos compartan con los neumólogos una misma sociedad científica, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y que tengan una fuerte presencia en la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

El desarrollo de la especialidad ha ido fuertemente ligado a enfermedades como la tuberculosis pulmonar que, en un primer momento, fue el auténtico impulso para que algunos neumólogos se lanzaran a realizar intervenciones quirúrgicas y se convirtieran en auténticos cirujanos. Con posterioridad, la enfermedad que más ha incidido en la cirugía torácica ha sido el carcinoma broncogénico, que sigue siendo, en la actualidad, el principal indicador asistencial en una unidad de cirugía torácica. Hay, no obstante, otros problemas médicos que debe afrontar la especialidad. Entre ellos, destacan los traumatismos torácicos, muy frecuentes en lugares en los que hay una importante infraestructura viaria, como en Lleida. Los traumatismos torácicos se hallan presentes en más del 50% de los politraumatismos y requieren una asistencia especializada en la que pequeños gestos terapéuticos muy bien determinados pueden ser muy significativos de cara a la supervivencia de los pacientes. También cabe citar la importancia que tiene el cirujano torácico en el diagnóstico y en el tratamiento de procesos pleurales, como, por ejemplo, el neumotórax, los derrames pleurales no diagnosticados, el empiema pleural y el derrame pleural neoplásico. La importancia de la cirugía torácica se completa con la asistencia que proporciona a otras unidades especializadas de un gran hospital. Estos potenciales "clientes" de nuestra especialidad son las unidades de Medicina Intensiva y de Reanimación, los servicios de Medicina Interna, Oncología, Traumatología, Cirugía General, Otorrinolaringología y, por supuesto, nuestra especialidad hermana, la Neumología.

En el planteamiento de crear una unidad de cirugía torácica debe haber siempre un impulso político. El aval que pueda afianzar este impulso debe ser la justificación, que suele estar basada en las

Es difícil que cirujanos torácicos que ya tienen consolidado su puesto acepten un cambio de residencia a Lleida

necesidades poblacionales. No existen datos que nos puedan guiar de forma absoluta en cuanto al número de habitantes que justifica la creación de una unidad de cirugía torácica. Se puede considerar el hecho de tener una buena unidad dotada con 5 o 6 cirujanos torácicos en una población de alrededor de un millón de habitantes, a la que se le reconozca la docencia para la formación de médicos residentes de la especialidad y que pueda dar respuesta a todos los problemas a solucionar. Para citar un caso cercano, esto es lo que se produce en la vecina comunidad autónoma de Aragón, que tiene centralizada la especialidad en una sola unidad que interviene en los hospitales Miguel Servet y Universitario Lozano Blesa y que sirve de punto de referencia para toda la comunidad autónoma.

En el conjunto de Cataluña hay, en la actualidad, 10 unidades de cirugía torácica y más de 50 médicos especialistas o en formación. El recambio generacional está garantizado porque hay, en estos momentos, 19 médicos residentes MIR en hospitales de Cataluña. Estas unidades se agrupan en el entorno de Barcelona y hay, además, una en Girona y otra de reciente creación en Tarragona. Considerando la población total de Cataluña, unos 6,5 millones de habitantes, existen más unidades de las necesarias en una situación ideal como la que he planteado en el párrafo anterior. Existe, no obstante, un vacío para la provincia de Lleida, cuya capital se halla a 160 km de Barcelona y tiene un área de influencia con una población de unos 450.000 habitantes. En la actualidad, los pacientes de Lleida tributarios de la especialidad van a centros de Barcelona, sobre todo al Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, que es el centro de referencia. Como ejemplo a tener en cuenta, la unidad de cirugía torácica del Hospital Josep Trueta de Girona se ha consolidado como una unidad de buen funciona-

ento y resultados, con una plantilla de 4 cirujanos torácicos, más de 300 intervenciones mayores al año y el reconocimiento para la formación docente.

Ante estos datos, podemos hacernos algunas preguntas previas a la que hemos hecho en un primer momento. ¿Estamos ahora en la situación ideal? ¿Sería mejor redistribuir las unidades para atender mejor a la población? ¿Sería factible mantener dos cirujanos torácicos dependientes de una unidad de Barcelona?

Es evidente que la situación actual no parece la idónea. Contando con 10 unidades en el conjunto de Cataluña, no parece la mejor opción que una población de 450.000 habitantes tenga una carencia tan importante en este tipo de asistencia mientras hay una sobredimensión de recursos en otras áreas, especialmente en la de Barcelona. La redistribución, en la práctica, es muy problemática de llevar a cabo. Es difícil que los cirujanos torácicos que ya tienen consolidado su puesto de trabajo acepten un cambio de residencia a Lleida. La solución podría ser una oferta de plazas para especialistas jóvenes que pudieran aceptar una dependencia jerárquica de un centro de Barcelona y desarrollar su trabajo en Lleida. No veo claro, sin embargo, que personas que trabajan en Lleida tengan a su jefe a 160 km de distancia y lo vean muy ocasionalmente.

Si estamos seguros de que debe haber asistencia de cirugía torácica en Lleida, considero que, aunque los parámetros poblacionales no sean los ideales, sería mejor dar los pasos necesarios para crear una unidad independiente de dos miembros, inicialmente, y que pudiera ampliarse a tres, número aceptable para el tamaño poblacional de Lleida. Si tomamos Girona como ejemplo, veremos que se puede consolidar una buena unidad que dé respuesta a la atención urgente y a la programada y que, además, esté implicada en la docencia, tanto en la especializada como en la de pregrado.

Dr. Jordi Freixinet Gilart
Jefe de Servicio. Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Gran Canaria
Dr. Negrín
Profesor titular de Cirugía. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Nutrició enteral a domicili: 10 anys del programa de la Regió Sanitària de Lleida

La nutrició enteral a domicili (NED) és un tècnica de suport nutricional que s'aplica a pacients en els quals no és possible o és insuficient l'alimentació oral normal i que romanen en el seu hàbitat. Es tracta d'una tècnica emergent que cada dia va cobrant més importància i es va estenent arreu del món. Mitjançant aquesta tècnica es pot nodrir de manera correcta i indefinida un bon nombre de pacients i, al mateix temps, romandre en el seu propi ambient habitual, lluny de centres hospitalaris.

Però, no obstant això, no sempre, ni a tot arreu, es pot portar a terme de la mateixa manera ni es tracta de manera estructurada i protocol·litzada. En el nostre territori de l'àrea sanitària de Lleida, es va establir un programa de NED, que funciona des de fa més de 10 anys. Per aquest motiu, volem exposar la nostra experiència acumulada durant aquests anys.

Aspectes generals de la nutrició enteral a domicili

1. Definició

La nutrició enteral a domicili és un esquema de suport nutricional que es pot administrar a pacients que necessiten nutrició enteral, ja sigui de manera transitòria o definitiva, i no requereix de forma estricta la seva permanència a l'hospital i aquest tractament es pot continuar fent a casa.

En un cert nombre de malalts, la NED es pot administrar per via oral, habitualment com a complement d'una alimentació oral que és insuficient: és la nutrició enteral complementària. En un altre nombre de pacients, l'alimentació normal és del tot impossible i, per tant, la nutrició enteral és l'única font nutricional. És la nutrició enteral absoluta que habitualment es fa mitjançant sondes d'accés enteral.

2. Criteris bàsics per fer nutrició enteral a domicili

No sempre, ni en tots els tipus de pacients, és possible portar a terme un programa de nutrició enteral a domicili amb un cert grau de garanties i seguretat. Perquè sigui possible de manera segura i eficaç, hem

de comprovar que es donen una sèrie de criteris bàsics:

- Possibilitat de trasllat del pacient al domicili
- Possibilitat de trasllat de tot el material necessari al domicili
- Entorn familiar i social favorable
- Expectatives de millora de qualitat de vida
- Tolerància al tractament nutricional
- Comprensió del programa educatiu
- Capacitat de manipulació del tractament
- Disposició de mitjans humans i tècnics

Es tracta d'una sèrie de condicions que han de donar-se en tota la seva amplitud, la qual cosa implicarà que es pugui portar a terme amb seguretat i eficàcia.

3. Indicacions i contraindicacions

Les indicacions de la NED són les mateixes que les de la nutrició enteral, en general, però, a més, hem de assegurar-nos que els pacients i/o els seus familiars o cuidadors puguin fer-se càrrec de manera efectiva, que es disposi d'una logística adequada i disposar d'un equip multidisciplinari per al seu control.

Per aquest motiu, abans de traslladar al seu domicili un malalt amb nutrició enteral a domicili hem de actuar de la següent manera estructurada:

- Recollida de informació
- Valoració del pacient i del seu entorn familiar
- Plantejar els objectius nutricionals que s'han d'aconseguir
- Elaboració d'un pla de cures individualitzat
- Avaluació dels objectius
- Pla de seguiment i control

No sempre, ni en tot tipus de malalts, és possible la NED. Les contraindicacions de la NED són les mateixes que les generals de la nutrició enteral hospitalària, però, a més a més, està contraindicada si no es poden complir els següents factors:

- Condicions higièniques acceptables
- Capacitat de gestió del pacient i/o dels cuidadors
- Assistència tècnica especialitzada

Taula 1. Malalties més freqüents que necessiten NED

GRUP	PATOLOGIES FREQUENTS
Pacients neurològics	<ul style="list-style-type: none"> • Pacients amb disfàgia. S: seqüeles de: TCE, ACVA, Coma, Epilèpsia, Malaltia de Parkinson, Malaltia d'Alzheimer, Altres demències • Malformacions congènites • Pacients que es neguen a engolir aliments • Malaltia d'Alzheimer i altres demències • Psicopaties i altres trastorns
Pacients oncològics	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrició en càncer en general • Tractaments amb QT o RT (enteritis radical) • Situacions de postcirurgia • Disfàgia
Malalties digestives	<ul style="list-style-type: none"> • Malalties inflamatòries intestinals (malalties de Chron, colitis ulcerosa i altres) • Fístules entèriques • Colectomies, pancreatomectomies, etc. • Hepatopaties greus
Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> • Malformacions congènites • Epilèpsia i malalties afins • Retard mental
Altres malalties	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrició en general • Sida • Complicacions postquirúrgiques • MPCC • Insuficiència renal

Els tipus de pacients que més sovint necessiten la utilització de la NED són els detallats en la taula 1.

4. Implicacions

Hi ha un bon nombre de malalts que depenen totalment o parcialment de la nutrició enteral, i això obligaria a mantenir-los ingressats permanentment si no fos possible la NED. La possibilitat d'aplicar aquesta tècnica de suport nutricional al domicili dels malalts representa una solució a aquest problema d'ingrés hospitalari i una millora en la qualitat de la seva vida. Efectivament, en general, aquests pacients prefereixen ser atesos al seu entorn social habitual i, alhora, es redueix una despesa hospitalària innecessària i es facilita la disponibilitat de llits.

Per tant, la NED suposa una sèrie d'avantatges, tant per al sistema sanitari com per als propis pacients, que es recullen a la taula 2 de la pàgina següent.

5. Riscs i complicacions

La NED té riscos i pot produir complicacions de diversa gravetat. No sempre el sistema més adequat és acceptat pel del pacient i, per tant, s'ha d'establir un pla d'actuació d'adaptació al sistema per detectar possibles complicacions. Per tot això, és necessari un suport tècnic especialitzat, un sistema de seguiment i control per part d'un equip multidisciplinari expert en nutrició i una estructura i una logística adequades.

L'experiència del Programa NED de Lleida

El Programa de Nutrició Enteral a Domicili de Lleida es va posar en funcionament de manera oficial el dia 1 de novembre de l'any 1996. Des de l'inici, es va plantejar com un programa d'atenció i suport nutricional enteral per a tot el territori de la nostra àrea sanitària. Per aquest motiu, havia d'ésser una programa que disposés d'una infraestructura i una logística adequades per fer-lo possible i operatiu.

La modalitat funcional que es va triar per portar-lo a terme va ser la d'un programa basat en l'aliança amb empreses externes de serveis i la Unitat de Nutrició Artificial de l'hospital de referència de la zona, en què s'estructurava un equip tècnic especialitzat i multidisciplinari (metge, farmacèutic i infermera) per tal d'aconseguir l'objectiu de racionalitzar les indicacions i una gran eficàcia i eficiència a partir d'un seguiment i control acurats.

1. Objectius del nostre programa
L'objectiu fonamental d'aquest programa és proporcionar suport nutricional artificial per via enteral al propi domicili a aquells pacients que no necessitin continuar ingressats a l'hospital per un altre motiu. Aquest objectiu bàsic de caràcter assistencial es fa extensiu a tota la població de la nostra àrea sanitària de Lleida i comporta una sèrie d'actuacions coordinades per dur a terme:

- Actuació de manera unitària (unitat funcional)
- Racionalització de les indicacions
- Avaluació de l'estat nutricional dels pacients al començament de la nutrició enteral
- Indicació de l'esquema nutricional més convenient
- Racionalització de les indicacions
- Eficàcia i eficiència a partir d'un seguiment i control estrictes

2. Característiques del nostre programa
La implantació del Programa NED de Lleida es va fer amb els objectius esmentats anteriorment. D'acord amb tot això, els nostres dos trets fonamentals i diferencials van ser:

- Estructurar un equip tècnic especialitzat i multidisciplinari que es responsabilitza de tot el procés i portés a terme el seu funcionament, format per un metge, un farmacèutic i una infermera.
- Delegar la tasca assistencial a una empresa externa de prestació de serveis sanitaris, mitjançant l'aliança empresa de serveis/unitat funcional de nutrició.

3. Esquema de funcionament del sistema
El programa funciona com una unitat funcional, on cada membre té una tasca específica assignada. L'avaluació evolutiva dels

Taula 2. Avantatges de la NED	
PER AL SISTEMA SANITARI	PER ALS PROPIS USUARIS I FAMILIARS
Allibera llits hospitalaris Redueix l'estada mitjana hospitalària Disminueix infeccions hospitalàries Disminueix costos	Millora la qualitat de vida El pacient roman al seu entorn habitual Millora psicològica i humana Facilita la tasca de cura i control familiar Millora la disponibilitat familiar

Taula 3. Distribució de tasques dins de l'equip			
	DEPENDÈNCIA	LOCALITZACIÓ	TASQUES ASSIGNADES
Metge	Unitat de Nutrició Artificial HUAV	Unitat de Nutrició HUAV	Avaluació clínica i nutricional Prescripció de la dieta Via i pauta de infusió
Farmacèutic	Unitat de Nutrició Artificial HUAV	Unitat de Nutrició Artificial HUAV	Rebre les peticions Analitzar i validar els formularis Aportar i dispensar la dieta
Infermera	Empresa de serveis sanitaris	Empresa de serveis sanitaris Domicilis dels pacients	Aportar la dieta i el material Instrucció i educació del malalt i/o els seus cuidadors Programació de controls, visites i contactes Telèfon de contacte

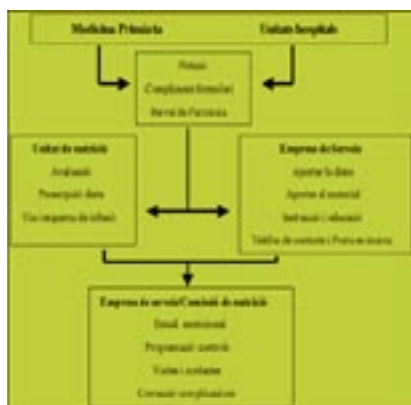


Fig.1. Funcionament del sistema

resultats es fa conjuntament per part de tot l'equip en reunions periòdiques programades seqüencialment.

Les principals tasques de cada membre de l'equip es mostren en la taula 3.

En el diagrama que mostra la figura 1, s'esquematitza el funcionament del programa i les principals tasques que s'hi porten a terme.

4. Resultats
El nostre programa NED funciona ininterrompudament des de l'any 1996. Se'n compleix ara quasi 11 anys. L'experiència recollida durant 10 anys (del 1997 al 2006, ambdós inclosos) mostren resultats que analitzarem seguidament.

Casuística

Durant aquests 10 anys, s'han atès 944 pacients, dels quals 511 (54%) han estat homes i 433 (46%) eren dones. L'edat mitjana dels adults va ser de 69,5 ± 18,6 anys i la dels pacients en edat pediàtrica va ser de

4,29 ± 2,07 anys. En el gràfic de la pàgina següent, es mostren les edats distribuïdes per grups. Com pot observar-se, els grups més nombrosos són els de més edat, especialment els majors de 74 anys.

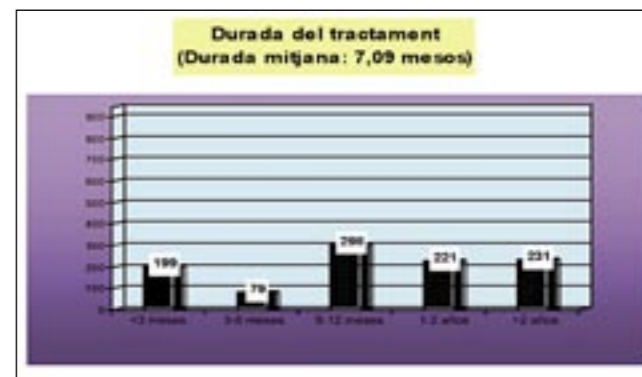
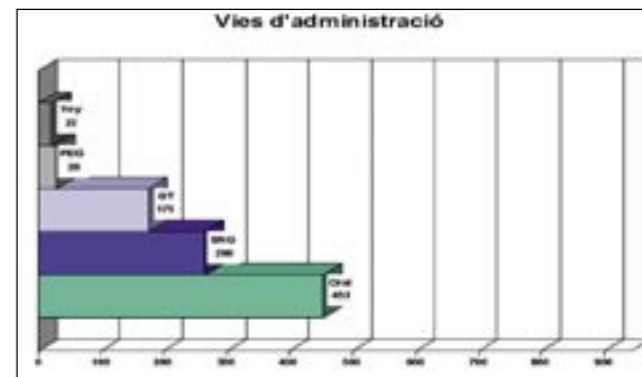
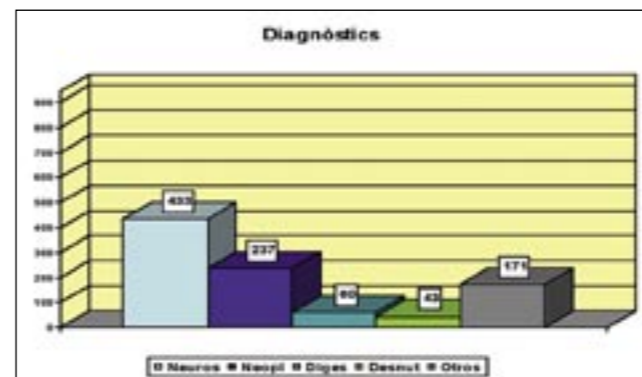
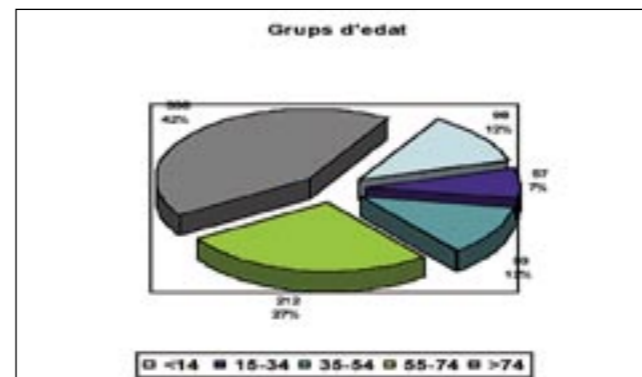
Els diagnòstics principals han estat els malalts neurològics (433 pacients, corresponents al 45% del casos) i els oncològics (237 pacients, que suposen el 25%). Ja en una proporció més baixa, hi trobem altres patologies, com les malalties digestives, desnutrició i altres quadres.

Vies d'administració

Com s'ha especificat anteriorment, la nutrició enteral domiciliària es pot administrar tant per via oral com a través de sondes. En el nostre programa, com es pot apreciar en els gràfics de la pàgina següent, a gairebé prop de la meitat dels pacients (453, corresponents al 48%) se'ls ha administrat la nutrició per via oral, i als altres 488 pacients (52%), a través de sondes, de les quals les nasogàstriques (28%) i les gastrostomies (18%) han estat les més emprades.

Durada del tractament

La NED es realitza habitualment en pacients amb malalties greus que, de vegades, poden estabilitzar-se durant un temps més o menys llarg, però que normalment comporten un pronòstic greu a llarg termini. És per això que es tracta de tractaments temporals en major o menor grau. Els resultats de deu anys del nostre programa ha mostrat una durada mitjana de 7,09 mesos, i hi ha pacients que tan sol han requerit tractament alguns dies i d'altres que hi romanen períodes molt llargs, com alguns dels nostres pacients, que fa més de 8 anys que es nodreixen amb aquest sistema. En el global, s'ha realitzat nutrició



enteral equivalent a quasi dos-cents mil dies (199.622 dies). En la figura següent, es pot observar la durada del tractament de la nostra casuística, que s'agrupa en diferents franges de temps (figura 7).

Visites i controls nutricionals

El programa NED de Lleida es caracteritza perquè porta un control exhaustiu dels malalts al seu propi domicili i, per aquest motiu, es programen una sèrie de visites reglades als malalts, a més de les visites de caràcter urgent que sorgeixen a partir de les trucades dels pacients al telèfon de contacte de 24 hores. Com a mitjana, s'han realitzat unes 1.176 visites/any, de les quals un 90% han estat de caràcter programat i un 10%, urgents.

A més d'això, es fa un seguiment periòdic dels malalts a la consulta externa de la Unitat de Nutrició Artificial, on es realitzen les avaluacions clíniques i nutricionals evolutives. Com a mitjana, es fan controls nutricionals cada 2 mesos.

Complicacions

Com hem apuntat abans, la NED té riscos i es poden produir incidències negatives i complicacions. Malgrat això, en el nostre programa s'han registrat una baixa incidència de complicacions (2,32 incidències o complicacions/pacient/any). Les complicacions més freqüents han estat les de tipus mecànic —relacionades amb les sondes—, en un 57%; les de tipus gastrointestinal en un 26% i les de tipus metabòlic, en un 5%. Les complicacions mecàniques predominants han estat la pèrdua i obstrucció de la sonda, que obliguen a canviar-les. Les complicacions gastrointestinals predominants han estat les nàusees i els vòmits, i la hiperglucèmia, la més freqüent de les complicacions metabòliques.

Tan sols hem registrat 6 casos d'aspiració tranqueobronquial, que en cap cas van ser de caire greu. No hi ha hagut cap cas de mort atribuïble a complicacions de la nutrició enteral. La causa més freqüent de finalització de la nutrició enteral en els nostres pacients ha estat l'èxit (70%), el pas a l'alimentació oral en un 15% i el 15% restant per altres motius (rebuig de la tècnica per part del malalt, fracàs terapèutic, etc.).

Resum i conclusions

L'experiència del programa de nutrició enteral a domicili de Lleida durant més de 10 anys de funcionament ha demostrat uns resultats molt positius, amb un bon nivell d'eficàcia i una incidència de complicacions greus molt baixa, i s'han aconseguit uns objectius nutricionals correctes.

La modalitat del nostre programa, basat en l'aliança entre empresa prestadora de serveis i la unitat de nutrició de l'hospital de referència, possibilita una bona qualitat de les cures i un esquema de controls domiciliars, i això permet racionalitzar les

indicacions, adequar totalment el tipus i el mètode de nutrició i plantejar i portar a terme un seguiment estricte i acurat de l'evolució dels pacients.

Els resultats d'aquests 10 anys han mostrat que aquest sistema permet aconseguir un bon nivell de qualitat, al temps que s'aconsegueix disminuir i minimitzar les complicacions, i això es tradueix en una excel·lent percepció, tant per part dels usuaris com de les unitats hospitalàries i de la medicina primària que ho sol·liciten i, en última instància, aconsegueixen ser altament rendibles per al sistema sanitari.

Àngel Rodríguez
Servei de Medicina Intensiva. HUAV.
Professor titular de Medicina. UdL
Joan Antoni Schenberger
Servei de Farmàcia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Professor associat de Farmacologia. UdL
Amàlia Zapata
Carburos Metàlics, SA. Professora associada d'Infermeria. UdL

BIBLIOGRAFIA

Grupo NADYA-SENPE. Manual de nutrición artificial domiciliaria y ambulatoria. Saragossa: Eurolibro; 1996.
Lerma García D, Garrido Miranda JM, Arrazola Saniger M. Patients undergoing home enteral nutrition. Nursing care. Rev Enferm; 2001 Oct; 24 (10): 66-71.
Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM, Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, Thul P, Van Gossum A. ESPEN-Home Artificial Nutrition Working Group. Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey. Clin Nutr; 2003 Jun; 22 (3): 261-6.
De Luis Roman D, Aller de la Puente R, De Luis

Roman J, Cuéllar Olmedo LA, Terroba Larumbe MC, Izaola Jauregui O. Home enteral nutrition: analysis of efficiency in a Health District. Rev Clin Esp; 2003 Jul; 203 (7): 317-20.
Planas M, Castella M, García Luna PP, Pares RM, Chamorro J, Camarero E, Calanas AJ, Bonada A, Irlas JA, Adrio G, Jiménez M, Bobis MA, Rodríguez A, et al. Home Enteral Nutrition: National Registry 2001. 2004 May-Jun; 19 (3): 145-9.
Castano Escudero A, Pérez Gabarda ME. Home enteral nutrition in Madrid; 2004 Mar-Apr; 19 (2): 68-72.
Moreno Villares JM. The practice of home artificial nutrition in Europe. Nutr Hosp; 2004 Mar-Apr; 19 (2): 59-67.

El pes del culte al cos

Malalties com l'anorèxia o la bulímia no són pas entitats noves en l'àmbit de la psicopatologia. De fet, en els darrers anys hem assistit a un augment exponencial de persones malaltes, en què els adolescents en són els més afectats. El cert és que les estadístiques parlen per si mateixes: aproximadament un 10% dels adolescents presenten algun trastorn de la conducta alimentària i fins a un 20 o un 30% podrien tenir actualment alguna alteració subclínica. Si això no fos suficient, cal afegir que la prevalença d'aquestes patologies ha augmentat fins a un 50% en els darrers 10 anys.

Davant dades com aquestes, sembla inevitable preguntar-se què està passant en la nostra societat, i són moltes les preguntes que sorgeixen: què motiva una persona a deixar de menjar, a voler apirar-se per sentir-se vàlida? Existeix una causa directa que es pugui evitar? És possible detectar-ho precoçment abans d'arribar a extrems irreversibles? Com a persona que he patit anorèxia, he de dir que, per desgràcia, cap d'aquestes qüestions té una resposta clara, ja que els trastorns alimentaris són malalties extremadament contradictòries, on res pot donar-nos la seguretat que no ens estem equivocant, que res se'ns està escapant i on és imprescindible considerar cada cas en la seva individualitat.

Els criteris mèdics diagnòstics d'aquestes malalties estan clarament definits en el DSM-IV: reбуig a mantenir un pes normal o per sobre del valor mínim estimat normal per edat i talla, que dóna lloc a una pèrdua de pes superior al 15%; por intensa a engreixar, fins i tot quan el pes és inferior al normal; alteració i distorsió de la imatge corporal; exageració de la importància de la imatge corporal en l'autoavaluació; negació del perill que comporta el baix pes; amenorrea i altres alteracions físiques, com augment de la susceptibilitat de patir infeccions com a conseqüència de l'estat de desnutrició, sensació de fred permanent, problemes digestius i dentals...

Totes aquestes alteracions es donen efectivament en una persona amb anorèxia, però el cas és que, per paradoxal que sembli, el problema d'una persona amb anorèxia o bulímia no és el seu cos. De fet, reforçar aquesta idea equival a posicionar-se al costat del malalt, compartir la seva visió que si té un problema aquest és precisament el seu cos i el que menja. Jo vaig patir anorèxia durant 4 anys, 4 anys molt llargs, i estava convençuda que el meu problema havia començat perquè no tenia un determinat cos

i que, per tant, no s'arreglaria fins que hagués canviat la meua imatge, el meu pes. Els trastorns alimentaris són una obsessió molt perillosa, que atura la persona que els pateix en el seu procés de creixement personal i social, tot i que ella no se n'adona fins que la seva fixació domina tota la seva vida. Són moltes les coses que el malalt sacrifica, perquè creu que la seva prioritat ha de ser el seu cos i perdre pes.

El cert és que vivim en una societat extremadament competitiva, on no és fàcil sentir-se a l'altura, i si això ho imaginem en un adolescent amb poca autoestima, insegur, poc convençut de qui és o si val la pena, no és difícil entendre que la simplicitat de fer una dieta, comparada amb la complexitat d'afrontar problemes o inquietuds tan difícils d'abordar, sigui tan temptadora.

És per tot això que cal entendre l'anorèxia com una obsessió per la perfecció, una pèrdua absoluta de l'autoestima i de la confiança en les pròpies capacitats. És un procés on segurament no seria erroni dir que un es perd en un mateix. Tot això es tradueix en un seguit de canvis infinitament subtils al principi del procés, al llarg del qual el malalt creu que té la situació sota control i pot, fins i tot, sentir-se orgullós del que està aconseguint, ja que està convençut que no només s'està demostrant a si mateix que és una persona responsable, disciplinada i capaç d'aconseguir el que es proposi, sinó que els altres també podran apreciar-ho. Al llarg d'aquesta lluita contra la soledat, però, el malalt comença a aïllar-se, a sentir vergonya del que fa i del que sent, i això és probablement el que més dificulta acostar-se i ajudar una persona que s'està tancant al món i a si mateixa. Sovint em pregunten quina és la causa de l'anorèxia, què hi ha darrere l'obsessió pel cos, a qui es pot assenyalar com a culpable. Cal tenir molt clar que és una pregunta sense resposta. Són molts els factors que hi influeixen, començant per factors biològics o genètics que hi predisposen, i acabant pel culte a la imatge que tan estès està socialment; però no serveix de res assenyalar culpables: és molt més eficaç assumir responsabilitats, començant pel mateix malalt i continuant pel personal sanitari que l'atén. Quan vaig començar la carrera de Medicina, el primer que em van dir és que no oblidés mai que tractaria persones, i no pas malalties o conjunts de símptomes. De fet, aquest és un dels motius pels quals un estudiant que acaba de començar en el món de la medicina pot sentir que realment no s'ha equivocat a l'hora d'escollir. En el

cas de l'anorèxia, aquesta premissa es converteix en quelcom indispensable: cada malalt és un món, té un entorn propi que pot ajudar-lo o perjudicar-lo, i és crucial que el seu metge pugui acostar-se a ell sense frivoltzar ni jutjar, ja que això ja ho fa el pacient quan més por té del que li està passant. El cas és que una persona amb anorèxia o bulímia té molta por: por a engreixar-se per sobre de tot, però també por que el descobreixin, por a perdre el poc control que creu que té de la seva vida a través de les dietes i recursos per perdre pes. Els mecanismes psicològics d'aquestes malalties abasten des de la por a créixer fins al sentiment de soledat més absolut, i estan plens de contradiccions que confonen el malalt i l'aïllen molt més, quan precisament el que pretén i necessita és no sentir-se sol. És difícil explicar l'estat de desesperació en què cauen aquestes persones i, per això, és important prendre consciència del que està a les nostres mans i de la gravetat del problema, ja que si no ens passa a nosaltres li pot passar a qualsevol del nostre entorn, i aquesta és una malaltia que no només afecta qui la pateix, sinó tot aquell que l'envolta i que ja no sap com acostar-se ni què fer davant una situació tan complexa. El suport psicològic no és només per al pacient, també el necessiten la seva família i el seu entorn, i com a societat cal que parem de creure que és una cosa llunyana que només afecta poca gent, perquè això seria subestimar l'amplitud del problema i el nostre grau de responsabilitat en aquest.

Tots som més que una imatge, molt més en realitat, tot i que de vegades és més difícil confiar en qui som que en el reflex que ens torna un mirall, aquell que ens validarà com a éssers humans, com a persones. Caure en l'anorèxia o en la bulímia és extremadament fàcil, però sortir-ne serà sempre més complicat i llarg. El que és imprescindible no perdre de vista és que sempre hi ha esperança, que ningú és una causa perduda i que és important que sapiguem transmetre-ho a la persona que tenim davant i necessita ajuda, tot i que potser ella no en serà conscient fins més endavant. No existeixen les fórmules màgiques ni paraules per evitar el patiment. L'únic que hi ha és el convenciment que una persona, amb ajuda i comprensió, és capaç de sortir de l'infern en què ha caigut per les raons que siguin, i mai ha de faltar l'esperança que així serà.

Cristina Trilla
Estudiant de sisè de Medicina. Autora del llibre *Hoy he decidido dejar de comer*.
Diario de una joven anoréxica. Ed. Styria. Barcelona, 2007



Transgressió de la norma en el nen i l'adolescent

Cada vegada més ens anem acostumant a llegir o a ser testimonis de fets violents, augmenten els casos de maltractament domèstic i escolar, es difonen les proeses agressives mitjançant la telefonia mòbil i les respostes descontrolades de tràfic i assetjament físic i moral són cada vegada més evidents. La violència no és un producte del nostre temps, ja en la Sereníssima República de Venècia al segle XIV es van editar unes normatives per a "violències perpetrades, com destruir góndoles amarrades, provocar aldarulls, robatoris, conflictes veïnals i el consum desenfrenat i sense normes de totes les viandes i plaers", basades en el fet de reprimir els comportaments, reforçar els controls i intensificar la presència policial, així com canalitzar els ímpetus i fomentar els jocs.

Els estudis psicodinàmics confirmen l'existència d'un instint agressiu. Per Freud, les dures condicions ambientals han condicionat els infants a ser agressius per sobreviure. Posteriorment, Melanie Klein va observar aquesta tendència primària en els nens des dels primers dies de vida. Adler va manifestar que l'agressivitat en l'espècie humana no té una finalitat destructiva, sinó que va a la recerca de poder i reconeixement. La pulsio agressiva és tan innata com la gana, la set o el sexe. De fet, la resposta fisiològica del cos és molt similar durant una excitació eròtica i la predisposició a un atac. En alguns casos, com en les relacions sadomasoquistes, l'agressió precedeix o acompanya la relació sexual. Els comportaments agressius servien l'home primitiu per protegir i defensar les dones, les criatures i el territori, i estaven al servei de la supervivència, aspecte que ha evolucionat fins al punt que uns individus sotmetin altres mitjançant la violència.

Un estudi de l'Associació Espanyola de Consumidors i Usuaris de l'any 2001 va assenyalar que:

- Els nens veuen una acció violenta cada tres minuts.
- El 30% dels actes violents estan dirigits contra les dones.
- El nen pot veure, al llarg de l'any, unes 2.000 morts violentes.
- Els aspectes educatius i culturals es viuen com quelcom avorrit i són rebutjats per la majoria dels adolescents.

El 2004, a Espanya, els delictes comesos pels menors de 18 anys van representar el 12% del total i van ser detinguts uns 14.000 menors d'edats compreses entre els 15 i els 18 anys, mentre que als Estats Units aquest percentatge va ascendir fins al 30%.



Això em porta a pensar en els adolescents violents, que, segons ells, no tenen cap problema i, per tant, no volen canviar ni corregir la seva conducta, perquè són els altres els que li provoquen la violència. Malgrat que violen i infringeixen la llei, no interioritzen les pautes ni aprenen per l'experiència.

Aquests adolescents violents són, la majoria, el resultat d'una trajectòria biogràfica i cultural, atès que el patiment i la desconfiança s'interioritzen i, en funció de les condicions de la criança i de l'educació rebuda, es pot entrar en un cercle viciós en què la desesperació genera violència i la violència, desesperació.

Es pot dir que la televisió i els jocs d'ordinador estan substituint la lectura i que els protagonistes passen a ser els dels serials televisius que entren a casa cada dia mitjançant la pantalla i sols cal mirar i no pensar. El caràcter violent, les exhibicions de grolleries i la manca de respecte entre els protagonistes d'alguns programes televisius tenen com a finalitat aconseguir una major audiència per raons merament

econòmiques i que el públic aplaudeixi sense cap discriminació. Les imatges de la televisió tenen una gran fascinació en els nens i és un dels mitjans de més poder per transmetre idees, creences, gustos i conviccions, alhora que pot oferir models d'identificació que permetin a l'adolescent formar part d'un grup que no serà el dels adults, amb unes formes de vestir, d'actuar, de pensar, de gaudir d'una música i una cultura que caracteritzen l'època de l'adolescent.

Es complica l'estudi de les causes, mecanismes i factors de risc dels comportaments violents i agressius. També cal tenir en compte les dificultats familiars a l'hora de la criança, els problemes instrumentals, com el desenvolupament de la motricitat, el llenguatge, l'aprenentatge, així com el seguiment psicològic (excitació, eufòria, descontrol, hiperactivitat, dependència) i la valoració i repetició dels fracassos acumulats. Els pares es pregunten, davant la violència que presenten els seus fills, què és allò que han fet malament i caldria que pensessin que la desobediència, l'oposicionisme i la tolerància poden ser un inici i un abonament a les futures conductes dels fills.

L'adolescent vol tenir una identitat diferent a la dels adults i entra en una sintonia amb el grup que es pot caracteritzar per una hipomania, "ningú pot amb nosaltres, tots són carques"; com una gratificació immediata i una exigència sàdica, "ha de ser ara o ja veuràs què faré"; com una dilució de responsabilitat individual, "ningú sap res, encobriment", i una desculpabilització de l'arrogància, "ets un covard si no ho fas".

Aquesta forma de pensar, sentir i comportar-se és inflexible i s'estén a una àmplia gamma de situacions personals i socials i no és conseqüència de cap trastorn mental ni orgànic, ja que els derivats d'una patologia tenen unes connotacions i una resposta als tractaments diferents.

Les possibilitats d'intervenció des de salut mental serien un treball d'inici en la infància, tenint en compte que fer prevenció no és fer prediccions, sinó evitar riscos evolutius. Cal fer un treball basat en la relació i en la col·laboració i participació amb la família, escola, àrea bàsica i serveis socials dins un context de coherència i continuïtat.

L'assistència psiquiàtrica i psicològica per part d'un professional amb experiència pot ajudar a l'adquisició d'habilitats interactives per reduir els conflictes i les discussions que no porten enlloc. Es pot proporcionar un ajut a l'adolescent perquè aprengui a protegir-se enfront les frustracions de forma diferent a les respostes agressives.

Àngel Pedra Camats
Psiquiatre

Aspectes actuals del tractament de la sèpsia

Un 10% dels pacients avaluats en un servei hospitalari d'urgències són diagnosticats d'un procés infeccios i el 20% d'aquests requereixen l'ingrés hospitalari. La gravetat d'aquests processos varia des de processos banals fins a situacions en què la infecció produeix una resposta sistèmica inflamatòria (SIRS) de l'organisme que pot arribar a produir una pèrdua de l'autoregulació dels mecanismes de defensa i donar lloc a les formes més greus d'infecció (sèpsia greu). La sèpsia greu es caracteritza per una hipotensió i una hipoperfusió generalitzades que produeixen una disfunció d'òrgans.

Quan, tot i l'adequada reposició de fluids, aquesta hipotensió persisteix i ens veiem obligats a administrar drogues vasoactives, parlarem de xoc sèptic. Si el xoc sèptic no es controla, el malalt progressa amb una disfunció d'òrgans vitals (cardiovascular, respiratòria, renal...) que, finalment, causa la mort. La taxa de mortalitat per les formes més greus de sèpsia es troba prop del 50% i és la primera causa de mort a les unitats de cures intensives. La possible mala evolució que s'esmenta més amunt ve representada a la zona central de la figura 1.

En aquesta petita aproximació, discutirem les mesures i els tractaments que s'han demostrat útils per intentar aturar aquest procés. Hem diferenciat dos tipus de tractaments (a dreta i esquerra de la figura 1) que abordem per separat, de forma didàctica, però que haurien d'emprar-se conjuntament (tal com s'ha demostrat des de l'evidència científica). Aquests dos tractaments són, d'una banda, les mesures generals, que anomenarem "mesures" (part esquerra de la figura 1) i, de l'altra, el tractament adreçat a modular i frenar la infecció-inflamació que es troba en els mecanismes fisiopatològics i que anomenarem "moduladors".

A la figura 2, se sintetitzen les diferències entre els tractaments i es destaquen el caràcter universal i la precocitat inherent de les *Mesures* i les característiques dels criteris d'inclusió i exclusió dels *Moduladors*.

A la figura 3, s'anomenen els diversos tractaments que formen part d'aquestes dues aproximacions que ara analitzarem.

Mesures

La sèpsia requereix una identificació ràpida i un tractament immediat, cosa que engruix el grup de malalties

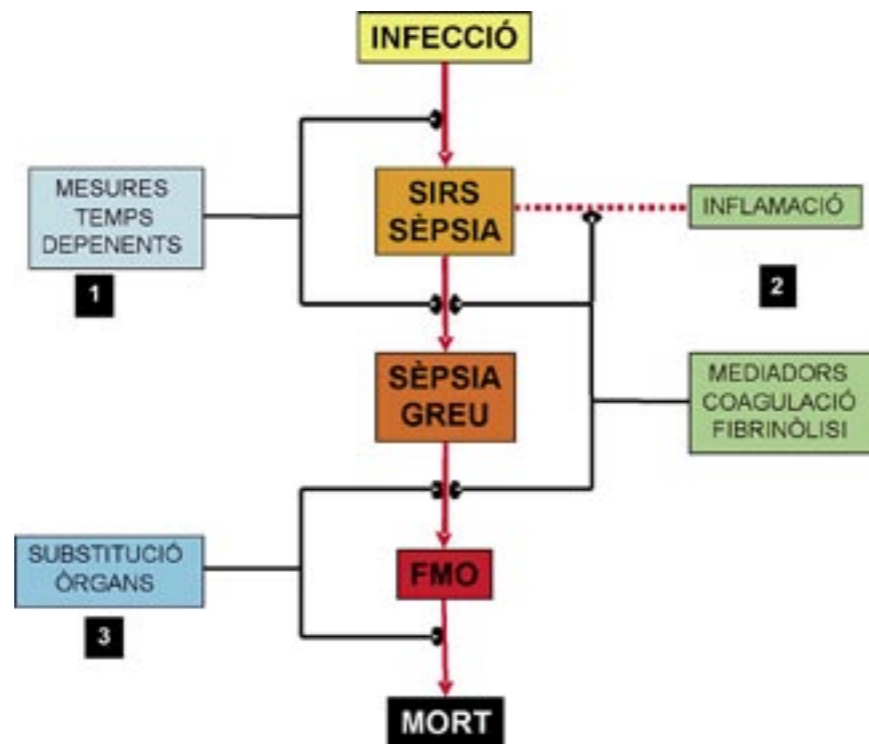


Figura 1. L'esquema mostra la possible evolució de la sèpsia i els tractaments i mesures que s'han demostrat útils per aturar aquest procés

temps dependents (com l'IAM i l'ictus), en les quals el retard diagnòstic o terapèutic influeixen negativament en l'evolució.

L'elevada incidència, morbiditat i mortalitat de la sèpsia la converteixen en un important problema sanitari que requereix la instauració de mesures específiques adreçades a prendre consciència del problema, a desenvolupar pautes d'actuació d'acord amb els coneixements més actuals i a facilitar-ne la posada en pràctica en la rutina assistencial.

Amb aquest objectiu i el d'aconseguir una reducció de la mortalitat, l'any 2002 va néixer "la campanya per sobreviure a la sèpsia", el compliment de la qual és fonamental durant les primeres hores per tal de millorar els resultats, independentment si el malalt és tractat en un servei d'urgències, a la planta d'hospitalització o, per descomptat, a les unitats de cures intensives, on se'ls pot oferir un tractament òptim.

Tot i plasmar les seves recomanacions en guies de pràctica clínica, les societats científiques no aconsegueixen cap canvi en les actuacions clíniques dels

professionals a les quals van adreçades. És per això que s'ha buscat un paquet de mesures *bundles* que pugui facilitar la implantació de pautes d'actuació i de recomanacions que, engegades de forma sinèrgica, millorin els resultats.

Davant de qualsevol procés infeccios, el primer pas és identificar el possible focus i recollir les mostres microbiològiques abans d'iniciar un tractament antimicrobià empíric. És imprescindible intentar actuar directament sobre el focus infeccios tot realitzant drenatges d'abscessos o obstruccions urològiques, desbridaments de teixits desvitalitzats, retirada de dispositius, etc.

La importància d'escollir l'antibiòtic adequat i administrar-lo amb la màxima precocitat, molt recomanat durant la primera hora, és la base del tractament de la sèpsia. Un estudi recent demostra que el 50% dels pacients no reben el tractament antibiòtic correcte durant les primeres sis hores a partir de l'inici de la hipotensió; fins i tot hores després el 30% dels pacients no han rebut encara la primera dosi del tractament antibiòtic correcte, la qual cosa té una correlació directa amb la taxa de mortalitat.

En segon lloc, al mateix temps que es posen en marxa totes les mesures contra els microorganismes, s'intenta contrarestar la hipoperfusió tissular pròpia dels quadres de sèpsia i de xoc sèptic que prèviament hem definit. La presència de TA sistòlica < 90 mm Hg, TA mitjana < 65 mm Hg o lactat > 3 mmol/l ens obliga a administrar una fluidoteràpia vigorosa amb cristal·loides i col·loides. En aquestes circumstàncies, es recomana col·locar un catèter venós central i determinar la pressió venosa central (PVC). En el cas de la PVC > 8 mm Hg i TA mitjana < 65 mm Hg, caldrà administrar amines vasopressores, com ara la dopamina o la noradrenalina, i recordar que es tracta d'un xoc sèptic, i aquest s'associa a una elevada taxa de mortalitat. En aquests casos, és imprescindible que el malalt estigui ingressat en una unitat de cures intensives, ja que es requereixen una monitorització complexa, un exhaustiu control de constants vitals, la col·locació d'un catèter arterial i la determinació de la saturació venosa central (SvcO2) a través de mostres d'un catèter venós central.

Si una vegada aconseguim la PVC > 8 mm Hg i TA mitjana > 65 mm Hg, si la SvcO2 < 70%, o el lactat sèric > 3 mmol/l els signes d'hipoperfusió tissular persisteixen caldrà considerar la perfusió de dobutamina associada a les amines vasopressores.

Existeixen una sèrie de mesures addicionals al tractament antibiòtic i al suport hemodinàmic que no hem d'oblidar per intentar mantenir l'homeòstasi interna, com ara aconseguir una correcta oxigenació, aportar bicarbonat en situació d'acidosi i controlar de forma estricta els nivells de glucèmia.

Totes aquestes mesures han de ser instaurades en un període de temps

no superior a les 6 hores i, en alguns casos, és necessari un alt índex de sospita des de l'inici dels símptomes. Un període de temps tan curt obliga a iniciar aquestes pautes a urgències i a les plantes d'hospitalització convencional. Tot i que la campanya per sobreviure a la sèpsia, en el seu origen, va ser dissenyada i consensuada per experts en malalties infeccioses i cures del malalt crític, estem obligats a treballar des de la base en l'atenció d'aquests malalts. Recentment, s'ha publicat un document de consens conjunt entre les societats d'urgències (SEMES) i la societat de cures intensives (SEMICYUC) en què s'estableixen les recomanacions per al maneig diagnòstic terapèutic inicial de la sèpsia greu als serveis hospitalaris d'urgències. Per tal d'aconseguir la màxima efectivitat, és fonamental considerar el malalt sèptic greu com el subjecte d'un procés assistencial continu des del moment que s'inicia l'atenció mèdica fins que la malaltia es resol. Això requereix un elevat grau de col·laboració entre els diferents serveis mèdics implicats, que han de treballar conjuntament i amb els mateixos protocols d'actuació. El nombre necessari de tractaments que hem de fer per aconseguir salvar una vida més (concepte de NNT en medicina basada en l'evidència) és de 6 (per cada 6 malalts amb tractament correcte en salvem un més).

Moduladors

A més del tractament etiològic del focus infeccios i de les mesures de suport vital, cal buscar estratègies capaces d'aturar l'allau d'esdeveniments que aboquen el malalt a la disfunció multiorgànica i a la mort. Aquí sorgeix la utilitat de la teràpia moduladora que, tot i no comptar amb un recolzament científic

inequívoc, té un futur prometedor.

Diversos estudis han demostrat un clar benefici del tractament amb corticoides a dosis baixes com a tractament coadjuvant de la sèpsia greu i del xoc sèptic. La hidrocortisona modula la resposta immune tot reduint la producció de citoquines proinflamatòries. La hidrocortisona està indicada pels malalts en una situació de xoc persistent o que necessiten el suport de drogues vasoactives com la noradrenalina, que contribueixen en la reversió del xoc i redueixen la mortalitat. De tota manera, no hem de veure la hidrocortisona com una vareta màgica ni n'hem d'esperar una resposta ràpida i espectacular, sinó que el seu efecte és gradual i es manté perceptible durant els dies posteriors i no en les primeres hores.

S'ha fet, també, un gran esforç en la recerca de teràpies adreçades a lluitar específicament contra els mediadors inflamatoris de la sèpsia, ja que estudis preclínic han demostrat que si atenuem la resposta inflamatòria millora la supervivència. Actualment, els assaigs clínics realitzats amb anticossos monoclonals anti-TNF (factor de necrosi tumoral), monoclonals o antiprostaglandines no han aconseguit demostrar una reducció de la mortalitat. En canvi, actualment, està en marxa un estudi en fase III (fase clínica) amb un anticòs policlonal anti-TNF-ALFA amb millores remarcables quant a supervivència en el malalt sèptic.

La sèpsia es caracteritza per un estat procoagulant, proinflamatori i antifibrinolític amb importants alteracions del sistema hemostàtic produïdes per l'activació de la via extrínseca de la coagulació.

L'efecte de la teràpia anticoagulant en la sèpsia greu ha estat estudiat en diversos assaigs clínics:

L'antitrombina III (ATIII), glucoproteïna plasmàtica inhibidora de la coagulació, disminueix precoçment en els malalts amb sèpsia greu, i aquesta disminució s'associa a un mal pronòstic. Malgrat això, el tractament amb ATIII no ha pogut demostrar cap benefici quant a la reducció de la mortalitat i augmenta el risc d'hemorràgia. Tot i que recentment s'ha revitalitzat l'interès per l'administració d'ATIII, encara es necessiten nous estudis que n'avaluin l'efecte.

La proteïna C activada (PCA) té un efecte antitrombòtic, antiinflamatori, augmenta la fibrinòlisi i ha demostrat eficàcia clínica en el tractament de la sèpsia greu amb una reducció significativa de la mortalitat. Val a dir que el seu ús només està aprovat per als malalts més greus, amb un risc elevat de mort i possible disfunció de dos o més òrgans vitals. El tractament cal administrar-lo durant les primeres 24 hores d'evolució del quadre sèptic i l'efecte secundari més perillós és el risc d'hemorràgia durant la seva infusió. Un dels princi-]]

1	2
MESURES	MODULADORS
Temps dependents <i>minuts</i>	Més temps <i>hores</i>
"Barates"	"Cares"
SEM - URG - UCI	UCI
Tots malalts	Inclusió - Exclusió
Universals	Específiques

Figura 2. Diferències entre tractaments de mesures i moduladors

»»» als problemes que n'ha limitat l'ús és el preu, que es troba per sobre dels 6.000 euros en persones de 70 kg. Malgrat el cost elevat, té una relació favorable cost-efectivitat que s'ajusta a la qualitat de vida quan s'aplica en les indicacions aprovades. La PCA no està indicada en la població infantil, on s'ha observat un augment d'esdeveniments adversos, fonamentalment hemorràgics i que no mostren cap reducció clara de la mortalitat.

Hem comentat que en la sèpsia es produeixen alteracions immunològiques que poden ser responsables de la incapacitat de controlar la infecció.

La immunoglobulina monoclonal no té cap efecte favorable, en canvi, la utilització de la immunoglobulina policlonal, tot i alguns resultats contradictoris, ha pogut demostrar un benefici clar, tot aconseguint una reducció de la mortalitat. Estudis posteriors acoten el seu ús als malalts més greus, a dosis altes (> 1 g/kg) i enriquides amb IgM/IgA. Encara que el debat continua obert, les últimes anàlisis demostren evidència sòlida en el benefici de les immunoglobulines, per la qual cosa ens hem de plantejar el seu ús com a teràpia adjuvant de la sèpsia.

La transfusió de granulòcits s'ha utilitzat en el tractament del malalt sèptic amb neutropènia associada, sobretot entre la població infantil. Estudis recents apunten el seu potencial benefici en malalts no neutropènics a la seva capacitat de regular la resposta immune.

Tot i que es considera que el suport metabòlic i nutricional han de formar part de les mesures de tractament del malalt sèptic, normalment no se sol veure com un tractament "important", però quan parlem de suport nutricional en el malalt sèptic hem de vigilar no només la quantitat sinó, sobretot, la qualitat dels substrats nutricionals. Actualment, s'han identificat diversos substrats capaços de col·laborar en la recuperació de l'organisme lesionat. Hi ha tres elements nutricionals que han demostrat beneficis clínics: el seleni, la glutamina i l'àcid eicosanpentaenoic.

El fet de suplementar la dieta amb aquests nutrients millora el pronòstic, afavoreix la resposta immune, dismi-

1	2
Antibiòtic adient	Anti-TNF
	Antitrombina III
Ressuscitació hemodinàmica enèrgica	Glucocorticoides
	Proteïna C activada
	Immunoglobulina
Control de focus infecciosos	Farmaconutrició
	Teràpia gènica

Figura 3. Tractaments que formen part de mesures i moduladors

nueix les complicacions infeccioses i redueix l'estada hospitalària.

Finalment, cal conèixer el paper que juga la genètica en tot aquest procés. Els avenços en el coneixement del genoma humà han despertat un interès creixent en la susceptibilitat genètica a les infeccions. És conegut que l'herència juga un paper important en el pronòstic de la infecció.

A més, el genotip del malalt no només pot determinar l'evolució i pronòstic de la malaltia, sinó que també pot influir en la resposta al tractament. Les característiques genètiques de l'individu fan que la resposta al fàrmac sigui diferent i que el principi actiu es metabolitzi i s'elimini més o menys ràpid.

Tot i que la genètica aplicada al malalt crític es troba en una fase molt inicial, transformarà la pràctica clínica diària en un futur pròxim. Les variacions individuals que permeten una resposta diferenciada a l'agressió que suposa la infecció es troben determinades genèticament. El desenvolupament de tècniques específiques per identificar variacions en el genoma humà permetrà identificar els malalts amb risc de desenvolupar una sèpsia greu un cop diagnosticada

la infecció i existirà la possibilitat de transferir material genètic al malalt per modificar la resposta davant la infecció.

Actualment, hi ha un projecte d'investigació emmarcat dins la Unió Europea que pretén identificar els determinants genètics que condicionen la susceptibilitat i el pronòstic de la sèpsia.

Avui dia, el tractament de la sèpsia es basa en l'aplicació d'un conjunt de mesures terapèutiques que, aplicades en conjunt, aporten un benefici clínic inqüestionable. Les futures intervencions terapèutiques, però, hauran de tenir en compte que la sèpsia és un procés dinàmic, considerar el moment de l'evolució de la malaltia i adaptar el tractament segons la intensitat de la resposta inflamatòria mediada pel sistema immune. El coneixement de les variacions genètiques de la immunitat innata que determinen la resposta a la infecció ens donarà, en un futur pròxim, una arma terapèutica de gran potència.

Mariona Badia i Lluís Servià
Adjunts Unitat de Cures Intensives. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

BIBLIOGRAFIA

Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic xoc. Crit Care Med 2004; 32(3): 858-873.

León C, García-Castrillo L, Moya M, Artigas A. Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC). Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. Med Intensiva

2007; 31(7): 375-87.

Sánchez P, Sanz M, Martín P, Martín R, Álvarez de Mon Soto M, Sánchez García M. Balance entre citocinas pro y antiinflamatorias en estados sépticos. Med Intensiva 2005; 29: 151-158.

Anname D, Bellissant E, Bollaert PE, Briegel J, Keh D, Kupfer Y. Corticosteroids for severe sepsis and septic xoc: a systematic review and meta-analysis. BMJ 2004; 329: 480-488.

Maxime V, Siami S, Anname D. Metabolism modulators in sepsis:

The abnormal pituitary response. Crit Care Med 2007;35:S596-S601.

Levi M. Antithrombin in sepsis revisited. Crit Care 2005;9:624-625.

López Rodríguez A. Alteraciones de la coagulación en la sepsis. Med Intensiva 2005; 29: 166-177.

Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF, LaRosa SP, Dhainaut JF, López-Rodríguez A et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med 2001; 344: 699-709.

Turgeon AF, Hutton B, Fergusson

DA, McIntyre L, Timmouth AA, Cameron DW, Kreyman KG, de Heer G, Nierhaus A, Kluge S. Use of polyclonal immunoglobulins as adjunctive therapy for sepsis or septic xoc. Crit Care Med 2007; 35: 2677-2685.

Sirgo G, Rello J, Bodí M, Díaz E, Pérez Vela JL, Hernández G, Watterer G. Polimorfismo genético en el paciente crítico. Parte II: aplicaciones especiales de los polimorfismos genéticos. Farmacogenética y terapia génica. Med Intensiva 2003; 27: 181-187.

2008
Universitat de Lleida

Poesia

Narrativa breu

Dibuix i Pintura

Fotografia

Els tractaments psicològics d'orientació cognitivoconductual

La teràpia cognitivoconductual (TCC) és una forma de tractament psicològic que s'adreça a prevenir, reduir o eliminar comportaments inadequats (per exemple, preocupacions excessives, humor deprimit, reaccions agressives...) i a ensenyar i potenciar comportaments adequats (per exemple, relacionar-se amb els altres de manera més sociable i eficaç). La TCC permet identificar i canviar alguns comportaments i pensaments negatius, fet que ajuda la persona a millorar el seu benestar.

Des que el 1913 J. B. Watson proclama com a objecte de la psicologia l'estudi de la conducta humana amb els mètodes propis de la ciència (observació, predicció i control) enfront les tradicions mentalistes, introspectives i intrapsíquiques, les diferents aproximacions de la TCC han anat coexistint, cadascuna amb els seus grups de treball i revistes especialitzades, fins a arribar a les teràpies contextuals o de tercera generació que veurem més endavant.

Model

Les característiques bàsiques d'aquests models serien les següents:
 1. Les conductes anormals s'adquireixen, mantenen i extingeixen d'acord amb les lleis generals desenvolupades per la psicologia de l'aprenentatge.

2. La tasca del psicòleg se centra en l'anàlisi funcional i tractament de conductes-problemes específics i no en hipotètiques causes subjacents o conductes internes.

3. L'avaluació ha de ser contínua i centrar-se tant en la conducta en si com en les conductes relacionades i en les variables que determinen la seva aparició o no, ja siguin aquestes variables individuals o socials.

4. És necessari especificar de manera objectiva, clara, concreta i estructurada els objectius del tractament, el seu tipus, les condicions en què es durà a terme i la forma en què s'avaluarà la seva eficàcia.

5. L'objectiu no és modificar "la persona", sinó que els seus comportaments, siguin un o més d'un, siguin de manera seqüencial o simultània.

6. L'avaluació de l'eficàcia dels tractaments es fa en funció dels canvis

TÈCNiques	ÀREES D'APLICACIÓ
Relaxació progressiva, entrenament autogen, tècniques de respiració	Ansietat, estrès, insomni, depressió, addiccions, agressivitat, tics, quequeig, anorèxia, trastorns cardiovasculars i gastrointestinals, asma, dolor, diabetis, càncer, obesitat
Desensibilització sistemàtica, imaginació	Ansietat i fòbies, anorèxia, disfuncions sexuals, cefalees, insomni, alcoholisme, asma
Exposició: inundació, teràpia implosiva	Ansietat: fòbies, atacs de pànic, trastorn obsessivo-compulsiu
Tècniques operants	Desenvolupar i mantenir conductes desitjables, reduir i eliminar conductes indesitjables, organització de contingències
Modelat: aprenentatge observacional (vicari)	Aprenentatge de noves conductes: educació en salut i sexual, pacients institucionalitzats, nens amb retard mental i autisme, habilitats socials en addiccions i delinqüència
Condicionament encobert	Agorafòbia, alcoholisme, tabaquisme, trastorns de la identitat sexual, càncer, impotència, ludopatia
Tècniques aversives	Alcoholisme, "problemes de l'orientació sexual", tabaquisme, comportaments autolesius
Tècniques de biofeedback	Rehabilitació neuromuscular, trastorns cardiovasculars i disfuncions circulatories, ansietat, disfuncions sexuals
Entrenament en habilitats socials	Problemes d'interacció social, quequeig, fòbia social, depressió, esquizofrènia, disfuncions sexuals, tabaquisme, alcoholisme, obesitat, anorèxia, cefalees, asma, diabetis, etc.
Tècniques d'autocontrol	Problemes d'alimentació, ludopatia, tabaquisme i d'altres addiccions, hipertensió, diabetis
Reestructuració cognitiva: Teràpia cognitiva de Beck / Teràpia Racional Emotiva d'Ellis	Depressió, ansietat, trastorns de personalitat, problemes de parella i familiars, conducta suïcida, disfuncions sexuals, impulsivitat, agressivitat, toxicomanies
Resolució de problemes	Hipertensió, delinqüència, problemes de parella i familiars, esquizofrènia, obesitat

Tècniques de teràpia cognitivoconductual

objectius produïts en la conducta del subjecte, tant a curt com a mitjà i llarg termini, mirant sobretot la seva generalització a la vida ordinària.

7. La intervenció pot dirigir-se no solament a modificar la conducta del subjecte, sinó també el seu medi ambient o la forma en què el percep.

Tècniques

Encara que la TCC no pot reduir-se

a un nombre limitat de tècniques i procediments terapèutics, si parlem dels més utilitzats, podríem incloure'ls en les següents categories:

Els mètodes basats en l'exposició, com l'exposició amb prevenció de resposta, que consisteix a planificar confrontacions sistemàtiques, repetides i prolongades als estímuls que provoquen por-ansietat que s'ha de mantenir fins que aquesta remeti, per

prevenir així l'aparició de conductes de fugida o evitació, entre les quals s'inclouen les conductes de seguretat i les compulsions. Per aconseguir l'habitació als estímuls ansiògens.

La desensibilització sistemàtica (clarament en desús) consisteix en la presentació gradual d'estímuls ansiògens, normalment primer en la imaginació, per passar després a *in vivo*, un cop el subjecte ha desenvolupat una resposta alternativa i antagònica a l'ansietat (com la relaxació muscular).

Les tècniques operants, que actuen manipulant les relacions funcionals entre els antecedents, la conducta i les seves conseqüències, amb l'objecte d'instaurar o incrementar conductes de baixa freqüència (reforçament positiu, contracte de contingències...) i/o reduir les disfuncionals d'alta freqüència (extinció, aversives...).

Entre les tècniques cognitives, trobem les tècniques de reestructuració cognitiva, dirigides a la modificació directa de pensaments automàtics negatius i creences (esquemes cognitius disfuncionals). L'entrenament en autoinstruccions està dirigit a l'autoregulació verbal de la conducta amb l'objecte que les verbalitzacions del subjecte interrompin les cadenes de comportament disfuncional i generin

respostes més adequades a la tasca i la situació. L'entrenament en solució de problemes que se centra a instruir el subjecte en l'existència de diverses alternatives de resposta.

Les tècniques de modelatge, en què la persona observa un o diferents models del comportament que volem instaurar. L'entrenament en habilitats socials, i d'especial importància l'entrenament assertiu. Les tècniques de control de l'activació, com la relaxació muscular progressiva i el control de la respiració. Finalment, les tècniques d'autocontrol, dirigides a l'adquisició i/o posada en pràctica d'estratègies generades pel propi subjecte mitjançant la manipulació de les condicions que antecedeixen i/o segueixen a les respostes.

Trastorns

La TCC ha demostrat la seva eficàcia i utilitat, ja sigui sola o en combinació amb fàrmacs, en un ampli ventall de trastorns i problemes de salut, com s'ha comprovat en molts estudis controlats i metaanàlisis. No es planteja si una teràpia és millor que una altra, sinó quins components i tècniques són millors per a cada trastorn o problema específic. En la taula 1 hi veiem alguns exemples d'aplicació.

Atesa la varietat de tècniques i procediments, el ventall d'actuació en diferents trastorns és força ampli; a més, aquests tractaments disposen de guies terapèutiques que permeten poder fer estudis controlats sobre la seva eficàcia, efectivitat i eficiència. Tot això, s'ha posat en relleu a l'informe del Task Force de la divisió 12 (la relacionada amb la psicologia clínica) de l'Associació Psicològica Americana (Labrador, 2000).

Psicofarmacologia i TCC

El fonament teòric de la interacció entre TCC i psicofàrmacs es basa en el fet que els procediments psicoterapèutics actuen a través de modificacions en la biologia cerebral, és a dir, dels mateixos mecanismes bàsics que els fàrmacs, tal com s'ha documentat, mitjançant tomografia per emissió de positrons (PET), l'existència de canvis en el metabolisme de la glucosa en el nucli caudat i el còrtex orbitofrontal després d'un tractament amb fluoxetina o amb TCC en dos grups separats de pacients diagnosticats de trastorn obsessivocompulsiu i que havien respost de manera favorable als tractaments (Baxter, L. R., 1992).

És molt important com es planteja la prescripció d'un fàrmac i les atribuci-

Joies úniques

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

DERE TENA
 JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

ons que en fa el pacient, cal emmarcar-lo en un pla global de tractament, no com la solució definitiva del problema, sinó com una forma de facilitar l'efecte de la teràpia associada, la qual cosa farà més difícil que el pacient vinculi excessivament la millora dels símptomes a l'efecte del fàrmac en situar-lo en el context general de la teràpia.

La tercera generació

La primera generació fa referència a les teràpies de conducta tradicionals, on el canvi de conducta es dona per maneig de contingències, la segona serien les TCC, que, assumint les tècniques anteriors, donen un paper primordial als esdeveniments cognitius com a eix causal del comportament. La tercera generació correspondria a teràpies experiencials i contextuals, i això suposa un salt qualitatiu perquè les seves tècniques estan orientades, no a l'evitació/reducció de símptomes, sinó al fet que la persona actuï amb la responsabilitat de l'elecció personal en direcció als seus valors i acceptant els esdeveniments interns que comporta aquesta manera de fer.

La Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) n'és un exemple. Basada en la teoria dels marcs relacionals, ens mostra que les relacions que establim en molts caos són arbitràries i depenen del context socioverbal. La qüestió important no és el contingut dels pensaments, sinó la funció que tenen en el context que es dona. Parteix d'una teoria de la psicopatologia que considera com a element fonamental de la salut la flexibilitat psicològica. Són fonts de rigidesa psicològica: l'evitació experiencial, no viure el present, la falta de claredat i compromís amb els propis valors, no viure en el jo com a context i la fusió cognitiva, que consisteix a viure d'acord a com ens diuen els nostres pensaments, sentiments, emocions i sensacions en lloc de contrastar la nostra experiència amb la realitat.

El propòsit de l'ACT és tractar l'"evitació experiencial" (origen d'un ampli ventall de trastorns en la vida adulta), és a dir, l'excessiva resposta literal als continguts cognitius i la falta d'habilitat per comprometre's en un canvi de conducta. Aquesta evitació es caracteritza per l'intent de controlar o no experimentar certs esdeveniments privats (sentiments, pensaments, records...); com a alternativa, es planteja l'acceptació psicològica, no com a resignació, sinó com a actuació en la direcció de les àrees valuoses malgrat els inconvenients que això comporta.

Medicina conductual i psicològica de la salut

No podem deixar d'esmentar les aportacions de la psicologia científica



"Jo i els meus esdeveniments interns"

al camp de la salut i la malaltia, no tan sols en l'àmbit de la salut mental, sinó en la psicologia mèdica, on l'objecte d'estudi és el comportament de l'individu en el context de salut/malaltia. La salut no només depèn del que la persona té, sinó també del que fa o deixa de fer.

Tothom sap la importància de molts comportaments que també intervenen en la salut del pacient: adherència al tractament i compliment de les pautes terapèutiques, l'estrès i l'ansietat, els hàbits alimentaris, higièncs, consum de substàncies, activitat física, estats d'ànim, prevenció de potencials perills, etc., i els comportaments són l'objecte d'estudi de la psicologia.

Intervencions més directes són el tractament de símptomes derivats de trastorns funcionals (mal de cap, alteracions de la pressió arterial, trastorns gastrointestinals, etc.), millora de la resposta davant els trastorns orgànics crònics o de llarga durada (sida, càncer, insuficiència renal crònica, diabetis...), preparació per a intervencions mèdiques aversives (intervencions quirúrgiques, exploracions, efectes secundaris de la medicació...).

Professional i pacient són objecte d'estudi, el primer en les seves funcions característiques: la promoció de la salut, la investigació i recerca d'informació, el diagnòstic, el tractament o la rehabilitació, moments en què és de gran importància la relació metge-pacient. I el pacient s'estudia en les seves relacions amb la malaltia i com a generador de recursos adaptatius.

Cal que el metge detecti aquells comportaments, hàbits, pensaments

i creences, actituds o maneres de fer o no fer que no permetin una adequada adaptació del pacient a les seves circumstàncies o que provoquin patiment a ell i/o al seu entorn.

Salvador Gallart Masia
Psicòleg Especialista en Psicologia Clínica. CSM – Hospital de Santa Maria. Societat Catalana de Teràpia i Recerca del Comportament. www.scritc.org

BIBLIOGRAFIA

Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 681-689.

Farré Martí JM, Fullana Rivas MA. Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Col·lecció Recomendaciones Terapéuticas en Psiquiatria. Ed. ARS Mèdica.

Mayor J, Labrador FJ. Manual de Modificación de Conducta. Madrid: Ed. Alhambra Universidad; 1984.

Labrador FJ, Echeburua E, Becoña E. Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Ed. Dykinson; 2000.

Penzo W. Psicología per a les Ciències de la Salut. Col·lecció UB 29. Edicions Universitat de Barcelona.

Wilson KG, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ed. Piramide; 2002.

El pensament sanitari de Josep Estadella i Arnó

Josep Estadella i Arnó (Lleida, 10 de maig de 1880 - Barcelona, 1951) era el fill gran del barber sagnador del carrer Cavallers, Sal·lustià Estadella, i de Teresa Arnó. Dels quatre fills del matrimoni, van destacar els dos nois: Josep, com a ministre de Treball, Sanitat i Previsió Social dels governs de Lerroux i de Samper (1933-1934); i Sal·lustià, com a primer alcalde de Lleida a partir de la proclamació de la Segona República, el 14 d'abril de 1931.

Josep Estadella, ginecòleg d'ofici, és recordat sobretot com un poeta destacat i com un polític apassionat que va saber connectar la medicina amb la societat del seu temps, primer des de la Mancomunitat de Catalunya i el Col·legi de Metges de Lleida i després des del mateix Govern de la República.

Va iniciar Medicina a Barcelona, on es va costejar els estudis treballant en una barberia del carrer Tallers. Però aviat es va desplaçar a Saragossa, ciutat on va acabar la carrera el 1904. El mateix any, va contreure matrimoni amb la filla del metge de Torres de Segre Josep Bhota Ruestes. Després d'exercir a Seròs, va obrir despatx a Lleida com a ginecòleg.

El 1911, presentat per Joventut Republicana de Lleida, va entrar a la Paeria, on hi va ser quatre anys. Durant el primer d'aquests anys i començaments de 1912, va publicar, al Boletín Médico, *La educación física en las escuelas de primera enseñanza*, on considerava que el gran defecte dels procediments pedagògics era l'abandonament dels interessos físics dels alumnes. Calia començar per millorar els edificis escolars, perquè el sol fet de construir-ne de bons (dotats de jardí, allunyats de pantans, de cementiris i d'establiments industrials, ben ventilats i il·luminats) constituïa una bona dosi d'educació física. Considerava els alumnes petits proletaris víctimes de la mateixa manera de les vanitats paternes i dels egoïsmes professionals dels mestres i els comparava amb els treballadors de les fàbriques. Creia molt nociva l'excessiva permanència del nen a l'escola, perquè considerava que els dirigents no tenien dret a fer savis abans que fer homes. Es felicitava que al Liceu Escolar de Lleida existia el bon costum de fer intervals de mitja hora de descans, tant en les classes del matí com en les de la tarda, durant les quals els alumnes salten i juguen alegrement pels patis. Era partidari que el treball escolar de caràcter cerebral no



Un retrat del ginecòleg lleidatà Josep Estadella

fos gaire intens i que calia seleccionar els coneixements més necessaris i simples per tal d'evitar el *surmenage*. Aconsellava que, amb relació als exercicis físics més necessaris, els mestres havien d'atenir-se, en cada cas concret, al previ dictamen mèdic, i per això eren imprescindibles les inspeccions mèdiques escolars portades a terme per facultatius especials.

Segons el *Boletín Médico* de l'1 de febrer de 1915, Estadella, com a pri-

mer tinent d'alcalde i president de la Comissió de Foment de la Paeria, va fer importants gestions per a la portada d'aigües a la capital, assumpte que es considerava de gran importància pels lleidatans. En una de les sessions celebrades a l'Ajuntament, Estadella va donar una detallada informació de la marxa de l'assumpte i va exposar, amb molta minúcia, un projecte factible que va agradar als consellers i el van aprovar amb entusiasme.

» L'octubre de 1915, va deixar Joven-tut Republicana i es va passar al partit Republicà Radical. Es va tornar a presentar a les eleccions municipals del novembre de 1915 i va ser reelegit paer.

El març de 1917, va presentar candidatura a les eleccions provincials pel districte de Balaguer i, un cop assolit el càrrec de diputat provincial, va ser, durant nou mesos, conseller del Consell Permanent de la Mancomunitat (hi va tornar el 1921).

Des d'aquest càrrec de conseller, Estadella estava convençut que Catalunya ofería a l'higienista un gran camp d'acció per a l'estudi i la previsió de les malalties endèmiques i epidèmiques. En aquell temps, la intensificació agrícola del delta de l'Ebre, per exemple, havia ocasionat la recrudescència del paludisme que, des d'un índex endèmic molt baix, havia arribat l'any 1915 a 12.000 casos; de la mateixa manera, la intensificació industrial de molts pobles veïns de Barcelona havia augmentat notablement la tuberculosi. Al costat d'aquests dos grans problemes, hi havia el de la previsió de moltes altres malalties epidèmiques i endèmiques que en moments puntuals adquirien una inesperada recrudescència, com va succeir amb l'epidèmia de còlera del Vendrell, l'epidèmia tífica de Barcelona, les febres de malta del Pla del Llobregat, etc. Segons Estadella, aquest estat de coses no podia ésser mirat amb indiferència pels que es preocupaven de l'avenç integral de Catalunya. Les mesures adoptades pels governs de l'Estat espanyol eren insuficients per estroncar aquests problemes i, per això, Estadella creia que calia reforçar-les amb les mesures que s'adoptessin des de Catalunya fins a aconseguir que aquesta no hagués d'envejar res als pobles més ben cuidats del món en l'ordre sanitari.

El problema de la tuberculosi a les ciutats obligava a fer una estadística de morbiditat i mortalitat i un estudi dels barris més atacats, de les escoles, dels hospicis, etc. La qüestió de la seva transmissió per la llet dels animals infectats havia de ser ben estudiada. També calia fer un estudi de l'assegurança dels obrers i dels empleats.

En el món rural, s'havia d'atendre especialment les cases que feien tòxics, molt freqüents aleshores i que, de generació en generació, propagaven la malaltia. Les condicions d'habitatge havien de ser objecte d'atenció principalíssima, especialment a les colònies fabrils i a les escoles.

Estadella creia que era important la fundació de colònies de treballs agrícoles o de petites indústries on els convalscentos poguessin entrenar-se abans de viure novament com ho feien abans de la malaltia tuberculosa.

Quant al paludisme, els focus de

Salou i del pla de Bellcaire es podien vèncer totalment amb poc esforç, però no passava el mateix amb el del delta de l'Ebre. Per això, Estadella es va preocupar molt de la manera d'organitzar la lluita en aquest últim focus.

També es va preocupar de les altres malalties epidèmiques d'especial interès per a l'estudi profilàctic a Catalunya: la verola, la febre tifoide, la paràlisi infantil, la lepra, el Kala-zar, la meningitis epidèmica, la febre mediterrània, la sífilis, la gonocòccia, el tifus exantemàtic, el còlera, la pesta bubònica, el carboncle, la triquinosi, l'actinomicosi i la hidatidiosi.

Per tal d'afrontar tots aquests problemes, el conseller Estadella va proposar al Consell Permanent les següents mesures: 1) crear un Servei d'Estudis Sanitaris de la Mancomunitat, refontent en aquesta institució el Servei Tècnic del Paludisme, que ja funcionava; 2) encarregar a la secció de ciències de l'Institut d'Estudis Catalans el pla d'organització de l'esmentat servei, que funcionaria sota els auspicis d'aquesta entitat; 3) consignar, en el pròxim pressupost de la Mancomunitat, la quantitat de 25.000 ptes. per atendre les despeses d'aquest Servei d'Estudis Sanitaris durant l'any 1918.

Segons el *Boletín Médico* de l'1 de maig de 1918, aquest informe, signat per Estadella el 10 d'octubre de 1917, va ser discutit i aprovat en l'Assemblea de la Mancomunitat de Catalunya que es va celebrar al mes de novembre.

El 1918 va retornar a Lleida, on va instal·lar el seu despatx de metge a la casa de Magí Llorens, del carrer Major. El mateix any, va morir la seva muller, Josepa Bhota, amb la qual havia tingut els fills Sal·lustià i Eduard. El 1919, es va casar amb Júlia Larrosa Domingo i es va presentar a les eleccions generals de l'1 de juny com a candidat per Lleida al Parlament de Madrid. No sortí elegit. Tampoc ho fou en les eleccions generals del desembre de 1920 com a candidat per Solsona. El 30 de juny del mateix any, va ser elegit president del Col·legi de Metges de Lleida, càrrec que ocuparia fins al 1932. El 1921, va ser reelegit diputat provincial i el 30 d'agost va tornar al Consell Permanent de la Mancomunitat, on va dirigir la Conselleria de Sanitat i Beneficència fins al 1923. Precisament, el 8 de febrer de 1922, la Mancomunitat va aprovar la concessió d'un préstec per dur a terme obres de beneficència, una de les quals va ser la del nou Hospital de Santa Maria, construcció iniciada el 24 de juny de 1923. Arran del cop d'estat del general Primo de Rivera el 13 de setembre de 1923, Estadella desaparegué de l'escenari polític. El 1928, atesa la seva obra poètica, va obtenir el guardó de mestre en gai saber. El 1930, va dimitir Primo de Rivera i el 14 d'abril de 1931 es va instaurar la Segona República. Molt aviat,

arran de les eleccions de juny de 1931, Estadella va ser diputat a Corts; i quan el 12 de setembre de 1933 Lerroux va ocupar la presidència del Govern de la República, li va encomanar la Direcció General de Sanitat dins el Ministeri de Treball i Previsió Social que dirigia el valencià Ricardo Samper. El 16 de desembre, va ser nomenat ministre de Treball i Previsió Social, càrrec que va exercir fins al 28 d'abril de 1934 en deixar la presidència del Govern Alexandre Lerroux. El nou president Samper encomana també a Estadella el mateix càrrec de ministre de Treball, Sanitat i Previsió Social, el que va exercir fins el 4 d'octubre de 1934.

La seva entrada com a president del Col·legi va coincidir amb la creació del Sindicat de Metges de Catalunya i va dirigir el Col·legi durant la dictadura del general Miguel Primo de Rivera i començaments de la República (1923-1931). El seu tarannà va contribuir molt a potenciar amb eficàcia els aspectes culturals i científics de la classe mèdica lleidatana convidant grans personalitats de l'època, entre les quals va destacar el prestigiós doctor Gregorio Maraón, el qual, el 15 de maig de 1921, va dissertar en el Saló de Sessions de la Paeria sobre *Hipotiroidismo y climaterio*.

La República i el doctor Estadella

Anys després, el mateix Maraón, que sintonitzava molt bé amb Catalunya (va ser patró de la Universitat Autònoma), va ser testimoni excepcional de l'agonia i de la mort de la monarquia. Quan es va saber el resultat de les eleccions municipals del 12 d'abril de 1931, el doctor Maraón va voler anar a canviar impressions amb el comte de Romanones, ministre del rei i gran amic seu malgrat les seves diferències polítiques. Després de la conversa, i un cop va arribar a l'hospital per passar visita, va rebre l'encàrrec de Romanones per tornar-s'hi a entrevistar amb urgència a l'hotel de la Castellana, on el ministre li va dir que, davant la gravetat de la situació, el rei l'havia autoritzat a celebrar una entrevista amb el cap del comitè revolucionari Niceto Alcalá Zamora, i que la reunió s'havia de fer precisament a casa de Maraón, com a terreny neutral. Quan Maraón va arribar a casa seva, s'hi va trobar Ortega i Gasset i el doctor Pittaluga. Alcalá Zamora, Romanones i Maraón es van reunir al despatx d'aquest i a l'habitació del costat es van quedar Ortega i Pittaluga. Es va decidir que el rei havia d'abandonar Espanya abans que es pengués el sol, sobretot tenint en compte que Alcalá Zamora havia rebut l'adhesió del general Sanjurjo, cap de la Guàrdia Civil, notòriament monàrquic, però llavors ja del costat contrari. Amb tot això, es va crear una llegenda sobre la intervenció de l'il·lustre metge en aquest transcendental



El doctor Estadella amb membres de la Mancomunitat de Catalunya

procés. Els diaris estrangers van repetir que Maraón havia estat "el tocòleg de la República". Però la veritat —va dir Maraón— era que ell va ser solament un testimoni presencial del part.

El desembre de 1931, vuit mesos després de la proclamació de la República, el Col·legi de Metges de Lleida, presidit encara per Estadella, s'adheria telegràficament a l'homenatge que la Diputació de Madrid tributà al doctor Maraón, que havia estat empresonat per la dictadura i destituït per la Diputació d'aquells temps, perquè no acudia a prestar els seus serveis professionals com a metge de la Beneficència Provincial de Madrid, en aquells moments en què es trobava totalment privat de llibertat.

Quan es va proclamar la Segona República, Estadella ja tenia 51 anys i encara era president del Col·legi de Metges (va ser substituït per Tomàs Nart el 5 de juny de 1931) i poeta reconegut.

En les eleccions de 28 de juny de 1931, quan va ser elegit diputat a Corts amb els doctors Epifani Bellí i Humbert Torres, estava convençut que la missió dels metges era defensar la salut pública al carrer i al Parlament; i que la salut era eufòria, pau, tranquil·litat i valor econòmic, tot al mateix temps. Volia participar en l'estructuració de la sanitat pública a Catalunya i a Espanya i considerava que s'havia d'acabar amb aquella concepció del metge antic i anquilosat que es limitava a pujar i a baixar les escales de les cases dels malalts. Per Estadella, el

metge i els mestres havien de ser les primeres figures de les poblacions i la direcció política del poble no l'havia de portar el secretari, com fins aleshores, sinó el metge.

El primer govern provisional de la República va reconèixer els seus mèrits polítics i personals i li va oferir una important ambaixada, que no va acceptar a causa de la seva excessiva modestia, que, segons els seus companys, l'honorava molt. Però aquesta ofrena demostrava l'excel·lent concepte que mereixia en les més elevades esferes del Govern.

Aquest estimul, juntament amb els seus dots oratoris, el van fer un destacat conferenciant de temes de sanitat, sobretot a Barcelona i a Madrid. Com que creia que els temps de la República havien de ser de construcció, lamentava que molts republicans s'entreguessin a estridències inútils. La seva posició era la d'un partit conservador de l'obra realitzada que reprovava les actituds cridaneres. Segons ell, existia una bogeria per construir escoles, però es preguntava on eren els mestres i si era possible improvisar-los. Per tal d'evitar entregar una escola a un inepte, creia que es podria confiar la missió d'ensenyar les beceroles, que era la més urgent, a funcionaris i militars jubilats.

Estava convençut que la sanitat era una conseqüència de la cultura i que era necessari propagar el seu culte. Per tal de convèncer el poble que el major negoci era la sanitat, considerava que calia pensar en allò que

deixaven de produir aquells malalts i mig malalts que moltes vegades anomenem ganduls.

Pensava que la República havia d'afrontar, de manera valenta, el problema de la sanitat pública, tant per humanitat com per egoisme, i que existia un veritable nombre d'elements capacitats per dur a terme l'empresa. D'aquesta manera, creia que un ministeri de Sanitat podria conjuntament tots els esforços i era necessari reivindicar-lo. Li agradava recordar que la Societat de Nacions havia creat l'Oficina Internacional de Sanitat, que donava lleis mínimes a tots els països.

El 24 de març de 1932, va fer un important discurs a Madrid davant les classes sanitàries pertanyents al Partit Republicà Radical convocades per Lerroux. Va dibuixar les directrius per traslladar a la legislació espanyola la reorganització de la Sanitat i va recordar que en un recent congrés celebrat a Roma s'havia llegit una estadística de 38 nacions, en la qual Espanya ocupava el penúltim lloc quant a la sanitat. Morien anualment de 29.000 a 30.000 tuberculosos d'una xifra superior a 300.000 malalts; i no servia de res que l'índex de natalitat fos privilegiat respecte al d'altres països, perquè la mortalitat infantil arribava al 120 per 1.000 i el paludisme atacava més de 200.000 espanyols, cosa que, traduïda en pessetes amb el rendiment no presat a causa de la malaltia, suposava una pèrdua de 100 milions anuals.

D'altra banda, creia molt necessària la reorganització de la sanitat rural, on calia redimir els metges de l'esclavitud a la qual els tenia sotmesos el caciquisme. Per aconseguir tot això, calia arrancar la Sanitat Pública del Ministeri de la Governació i crear el Ministeri de Sanitat.

Va acabar el discurs recomanant-los que no els aturés la modestia i que, per fer-ho, havien de tenir present el que deia el doctor Letamendi als seus deixebles humils: "Treballeu. Si un boig es proposés arribar a la Lluna tirant pedres, no ho aconseguiria; però no tingueu cap dubte que es faria un excel·lent tirador de pedres." Estadella va rebre una gran ovació del públic i del mateix Alexandre Lerroux.

Poc temps després, en un altre eloqüentíssim discurs al Congrés dels Diputats, va defensar l'Estatut de Catalunya i les seves atribucions sanitàries. Al seu entendre, les regions espanyoles eren l'únic viu que quedava en el cos de la pàtria i tenien capacitat per dur a terme funcions de Sanitat.

A Catalunya, li sobrava coratge per administrar la seva política sanitària; i les seves classes sanitàries, al contrari del que es deia a Madrid, estaven lliures de tot pecat d'exclusivisme. Les seves portes estaven obertes a tots els metges d'Espanya que hi anessin »

a exercir i es comptaven per centenars els metges no catalans que militaven a les files del Sindicat de Metges de Catalunya, sense tenir en compte la ferma catalanitat d'aquesta institució.

A més, Catalunya tenia una certa tradició de govern sanitari que es va començar a construir en aquella Mancomunitat tan desconeguda com injuriada per molts i fecunda en molts aspectes, la qual va fer desaparèixer el cop sec de la Dictadura quan ja havien madurat els seus projectes.

Estava profundament convençut que Catalunya era capaç d'autogovernar-se sanitàriament. Ho havia defensat el doctor Pittaluga, director de l'Escola Sanitària Espanyola i, per tant, obeïa a raons científiques. A més, altres països ho practicaven. La Constitució li atorgava possibilitats i solament faltava que el Parlament li reconegués el dret. Si no ho feia, cometria una injustícia i una mala obra patriòtica. Va ser aclamat amb crits de "¡Muy bien, muy bien!".

Quan, el 12 de setembre de 1933, Lerroix va ocupar la presidència del Govern de la República, li va encomanar la Direcció General de Sanitat dins el Ministeri de Treball i Previsió Social que dirigia el valencià Ricardo Samper.

De seguida, va sortir una ordre signada per ell mateix sobre l'obligació que als cinemes es projectessin pel·lícules de caràcter sanitari que els serien lliurades per la subsecretaria de Sanitat i Beneficència. La duració no podria sobrepassar els 12 minuts per sessió. Aquesta ordre es va fonamentar en la importància que el cinematògraf anava adquirint en el nostre país i en les possibilitats que aquest art oferia com a mitjà didàctic i propagador de coneixements assequibles a una gran massa de població.

La caiguda del tercer govern d'Azaña el 3 de setembre de 1933 va marcar el final del bienni radical i reformista del règim republicà. Azaña va dimitir el 8 de setembre (Alcalá Zamora li va retirar la confiança). El 12 de setembre, es va fer públic el govern de Lerroix, que integrava representants de sis partits polítics. Aquesta heterogeneïtat va fer que fos molt poc coherent. El radical Ricardo Samper va ocupar la cartera de Treball i Previsió. Aquest govern va durar molt poc, de manera que, el 9 d'octubre, es va donar a conèixer el nou govern presidit pel radical Diego Martínez Barrios (ministre de la Governació de l'anterior govern). Va ocupar la cartera de Treball i Previsió el català d'Esquerra Catalana Carles Pi i Suñer. L'objectiu fonamental d'aquest nou govern era la convocatòria de noves eleccions, que es van fixar per al 19 de novembre. La gran novetat de les eleccions va ser el vot femení. El 16 de desembre, Alexandre Lerroix va formar un govern de coalició de neta

majoria radical i va encarregar la cartera de Treball a Josep Estadella.

El mes de gener de 1934, el Col·legi de Metges li va enviar un telegrama de felicitació signat pel doctor Pujadas i en la Junta Directiva del 9 de gener, presidida pel doctor Nart, es va acordar que una comissió de membres de la Junta aniria a Madrid per assistir al banquet que es faria en honor seu.

Aquest banquet se celebrà l'11 de gener a l'hotel Nacional, on hi van assistir, entre altres personalitats, cinc ministres. El mateix Lerroix va enviar una lletra saludant a l'"eximio maestro en gaya ciencia". La sala era plena de catalans, principalment de les comarques de Lleida. El nombre de comensals passava de 400 i el cèlebre catedràtic de Medicina Legal, el doctor Piga, va parlar en nom de les classes sanitàries.

Estadella, agraït, va manifestar que l'amistat és un parentiu espiritual prolongació de la família i va explicar que era republicà des de l'adolescència i que malgrat haver pujat progressivament, era difícil mantenir-se en el càrrec amb dignitat i, al mateix temps, ésser útil a la pàtria. També va dir que havia estat una missió delicada arribar al ministeri en moments tan difícils i plens de passions polítiques i que hi havia polítics que confiaven en la revenja. Va acabar l'acte amb visques a Lleida, al metge poeta, a Catalunya i a Espanya.

La situació política era molt fràgil. Molt aviat, l'1 de març de 1934, es va obrir una crisi ministerial que va fer que el 3 de març es formés un tercer govern Lerroix, en el qual va continuar Estadella al front del Ministeri de Treball. La cartera d'Instrucció Pública va ser encomanada a Salvador de Madariaga, personalitat de molt llustre intel·lectual triada per Lerroix després de no haver acceptat aquest càrrec els doctors Marañón, Cardenal i Hernando.

La Setmana Santa d'aquell any va passar uns dies a Lleida, on va ser obsequiat amb un banquet pels seus amics particulars i polítics i amb un altre d'oficial per les autoritats de la província.

Poc temps després, la Paeria va declarar la seva excedència forçosa, sense sou, com a metge titular i tocòleg, ja que aquest càrrec era incompatible amb el de ministre de Treball de la República.

Lerroix va dimitir el 25 d'abril a causa de la llei d'amnistia que volia aplicar en contra de l'opinió del president Alcalá Zamora. Aquest, dos dies després, va encarregar formar govern a Ricardo Samper, que va mantenir Estadella com a ministre de Treball, Sanitat i Previsió Social fins que, l'1 d'octubre, la CEDA va retirar la confiança a Samper. El 4 d'octubre, el president de la República tornava a encarregar la for-

mació de govern a Lerroix i en el seu gabinet va encomanar la cartera que havia portat Estadella a Josep Oriol Anguera de Sojo.

El 6 d'octubre, dos dies després del final de l'etapa política d'Estadella, va esclatar la revolució que va portar Lluís Companys a proclamar l'Estat Català en la República Federal Espanyola, fet que es va estroncar per la força l'endemà i que va portar a la suspensió de les funcions del Parlament de Catalunya a finals de novembre i a l'aprovació, el 2 de gener de 1935, d'una llei que suspenia indefinidament l'Estatut d'Autonomia i es reintegraven a l'Administració de l'Estat moltes de les competències que havien estat transferides.

Amb motiu de la Fiesta de la Raza d'aquell any 1934, es va premiar el doctor Estadella pel seu treball titulat *Un canto a España*. El premi concedit l'atorgava el president de la República i el ministre de Sanitat l'havia presentat sota pseudònim. El Col·legi el va felicitar pels seus èxits literaris en terres de Castella.

En esclatar la Guerra Civil, es va donar la notícia errònia que Estadella s'havia adherit al Movimiento Nacional, cosa que es va haver de desmentir des de l'Espanya republicana. Es va expatriar a França, primer, en un lloc anomenat Aragó, i després a Carcassona fins que França va ser ocupada pels alemanys. El 1942, es va instal·lar a les Escaldes (Andorra), on va exercir de metge.

Va morir, ja repatriat a Barcelona, el 6 de desembre de 1951, amb fama de metge, de polític i de poeta integrat en la tetralogia dels grans poetes lleidatans Magi Morera i Galicia, Màrius Torres i Jaume Agelet i Garriga.

Dr. Manuel Camps Surroca
Dr. Manuel Camps Clemente

BIBLIOGRAFIA

Sol Clot R. Quatre polítics lleidatans. Col·lecció La banqueta. Quaderns de divulgació ciutadana núm. 9. Ajuntament de Lleida; 1987.

Cabrera Calvo-Sotelo M. Proclamación de la República, Constitución y reformas. En Historia de España. Menéndez Pelayo. Vol. XL. República y Guerra Civil.

Camps Clemente M, Camps Surroca M. Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida. Lleida; 2003.

Saltor Soler O. El metge poeta lleidatà Josep Estadella Armó. III Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Actes, vol. I. Lleida; 1981. p. 330-331.

Marañón G. Caída de la monarquía. Obras completas. Tomo IV. Espasa Calpe. Madrid; 1968. p. 487-495.

MediMotor



«Fa uns mesos vaig tenir un accident amb el meu cotxe que va necessitar una reparació important. Sort que tenia contractada l'assegurança del cotxe amb la corredoria del Col·legi. De seguida em van oferir un cotxe de substitució gratuït i, a més, un assessor personal em va ajudar a tramitar el sinistre».

Dr. Òscar Cubells
Terrassa. 41 anys

El conduïm pel millor camí

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

Demani el pressupost del seu vehicle al 902 113 667 o a les oficines del seu Col·legi. També ho pot fer a través del web www.med.es o via correu electrònic a medicorasse@med.es.



Informi-s'en al seu Col·legi
o trucant al telèfon
902 113 667
www.med.es





MutualMèdica

Dels Metges
i per als Metges

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

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

Assegurances i serveis totalment exclusius.

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



www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com