

30 anys de la recuperació de la Facultat de Medicina de Lleida





Ha sentit a parlar de la nova pòlissa de salut de Medicorasse?

Medicorasse coneix millor que ningú quines són les millors assegurances de salut del mercat. Per això, després d'haver fet una anàlisi objectiva del mercat assegurador, tenim el plaer de presentar-li una **assegurança de salut** que estem convençuts que pot resoldre les necessitats de molts dels nostres clients.

L'assegurança ofereix una assistència mèdica integral d'alta qualitat, constituïda per un ampli quadre facultatiu, hospitalari i de serveis, inclou tots els serveis mèdics, especialistes, mitjans de diagnòstic i els millors centres hospitalaris.

Medicorasse ha pactat el millor preu per als nostres clients, **33 €** al mes i sense copagament.



Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es



MEDICORASSE, Corredoria de Seguros. NIF A-59-498220. DGS, clau J-928. Pòlissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

BUTLLETÍ mèdic

Número 70, maig 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:

Tomás Alonso Sancho
Emiliano Astudillo Doménech
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep M. 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 M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
Jose Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester COMUNICACIÓ

Disseny i maquetació:
Baldo Corderroure

Fotografia: 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

Metges i societat civil

La instauració i continuïtat dels Premis a l'Excel·lència Professional és una bona iniciativa dels col·legis de metges. Els mèrits dels professionals escollits fins ara estan demostrats en la valuosa trajectòria de tots ells.

Cal dir que tant el metge que té un currículum científic brillant com el senzill metge d'un petit poble són mereixedors del reconeixement públic per la seva dedicació a la salut dels conciutadans. Per això, proposem que futures edicions dels Premis a l'Excel·lència n'inclouguin un per als col·lectius professionals menys mediàtics però, a la vegada, imprescindibles per garantir l'equitat del nostre sistema sanitari.

Facultat de Medicina

Felip V, amb el decret de Nova Planta, va privar Lleida durant 250 anys de la facultat de medicina més antiga d'Espanya i una de les primeres d'Europa. Sortosament, la societat civil lleidatana va saber recuperar-la i enguany celebrem els 30 anys de la seva reinstauració.

La consolidació, però, ha estat complicada, i la facultat encara pateix mancances històriques. És cert que en el darrer període s'han format nombrosos professionals, molts dels quals treballen a Lleida i col·laboren en el desenvolupament de les nostres comarques. L'equilibri entre docència i investigació i l'alt nivell científic aconseguit han possibilitat l'arribada a Lleida de metges i investigadors de reconegut prestigi. Així, s'ha creat l'Institut de Recerca Biomèdica, un motor important d'aquest desenvolupament.

Però hem de continuar avançant sense confiar únicament en el sobre esforç dels professionals. També les nostres autoritats (acadèmiques, sanitàries i polítiques) han d'apostar pel projecte i dotar-lo dels recursos necessaris per evitar greuges comparatius i desequilibris territorials.

SUMARI

La càpsula endoscòpica en l'estudi del càncer de còlon

Reportatge sobre la càpsula endoscòpica, una tècnica que identifica el càncer de còlon amb menys inconvenients que la colonoscopia convencional. **22** III

Les teràpies de grup i els seus beneficis en la terapèutica de la salut

Butlletí Mèdic estrena en aquest número una nova secció fixa que gira entorn a la psicologia. **24** III



Fotografia portada: Laurent Sansen

30 anys de la reinstauració de la Facultat de Medicina de Lleida

Aquest curs acadèmic és molt especial per a nosaltres, ja que fa 30 anys que es va reinstaurar la Facultat de Medicina de Lleida. Malgrat que és la més antiga de Catalunya (any 1300), l'any 1717 el rei Felip V la va abolir amb el Decret de Nova Planta i van haver de passar més de dos segles i mig perquè les nostres terres recuperessin la seva Facultat de Medicina.

La massificació de les facultats de Medicina de Barcelona, la segona meitat de la dècada dels 70, va permetre la seva reinstauració el curs acadèmic 1977-1978. Malgrat les dificultats i la precarietat en què va ressorgir, progressivament i gràcies a l'esforç i el voluntarisme de moltes persones, la Facultat de Medicina de Lleida durant aquest curt període de temps ha experimentat una extraordinària professionalització.

En aquests 30 anys, centenars de

metges, la majoria dels quals desenvolupen la seva activitat professional en els serveis de salut, han sorgit de les nostres aules. Ells són el millor indicador de la qualitat que ha assolit la nostra facultat. D'altra banda, les seves unitats docents, un bon nombre de grups de recerca de qualitat, una plantilla de professorat consolidat, l'elevat nombre de projectes de recerca que s'estan desenvolupant, la disponibilitat d'un Hospital Universitari i la creació de l'IRBLleida (Institut de Recerca Biomèdica de Lleida) són elements que donen consistència a un model de facultat moderna i competitiva, model en el qual Universitat, Servei de Salut i Recerca ajunten esforços per assolir un objectiu comú: contribuir a la millora de la qualitat de la salut en general i, en especial, del nostre territori.

El trio que formen la Facultat de



La Facultat de Medicina es va ubicar inicialment al carrer Clavé

Medicina, Hospital UAV i l'IRBLleida és una oportunitat estratègica única que no és fàcil que es doni a altres llocs del territori a causa de les reticències que hi ha per establir objectius i plans de treball comuns entre els diferents col·lectius implicats. Aquest model és especialment atractiu en l'àmbit de la biomedicina i, en els últims anys, ha facilitat que metges amb una gran projecció científica i professional internacional hagin optat per establir-se i treballar a Lleida.

Malgrat haver fet molt bé els deures, i des de la meua perspectiva de degà, tinc la sensació que l'aposta que ha fet la nostra facultat per un model de desenvolupament cada cop més ambiciós, que permeti desplegar del tot el seu potencial en sintonia amb el que passa a la resta del món, no està prou mimada ni té un clar suport de les autoritats acadèmiques ni de la classe política. Això fa que la materialització de la majoria dels nostres projectes de futur com a facultat sovint s'hagin de fer en condicions molt adverses. Cal que reflexionem sobre aquest fet, ja que tant sobreesforç pot acabar ofegant tota aquesta vitalitat i capacitat de posar en marxa projectes competitiu que emanen dels nostres professors i alumnes.

Actualment, la facultat està immersa en dos grans projectes: l'Institut de Recerca Biomèdica i la impartició del grau de Biomedicina, que consolidarien la nostra facultat com un centre amb una gran capacitat científica i una excel·lent plataforma per a la projecció internacional de la Universitat de Lleida.

La materialització d'aquests dos projectes afectarà molt positivament tant la qualitat dels serveis de salut com la salut de la població d'aquesta part del territori, població que sovint se sent marginada de les decisions polítiques relacionades amb la modernització del territori i el que políticament es denomina desenvolupament equilibrat del territori.

Joan Ribera
Degà de la Facultat de Medicina de la UdL

El COMLL dóna la benvinguda als nous MIR

COGNOMS I NOM	ESPECIALITAT
Ballester Bellmunt, Josep Maria	Anàlisi clíniques
Gatius Caldero, Sonia	Anatomia patològica
Alonso Manzano, Ana	Anestesiologia i reanimació
Ortiz Enciso, Marta	Anestesiologia i reanimació
Ruiz Casellas, Maria Montserrat	Anestesiologia i reanimació
Ardévol Ribalta, Alba	Aparell digestiu
Gas Ruiz, Cristina	Cirurgia general i de l'aparell digestiu
Gros Aspiroz, Sara	Cirurgia ortopèdica i traumatologia
Aguayo Ortiz, Rafael Sergio	Dermatologia medicoquirúrgica i v.
Upegui Villegas, Rosa Isabel	Hematologia i hemoteràpia
Català Tella, Nausica	Hematologia i hemoteràpia
Vicario Izquierdo, Maria Esther	Medicina intensiva
Bello Rodríguez, Gabriel	Medicina intensiva
Palma Beltrán, Rosa Maria	Medicina intensiva
Utrillo Montagut, Laia	Medicina intensiva
Piñar Mateos, M. Angels	Nefrologia
Kettou, Dalila	Pneumologia
Forteza Rosich, Claudia	Obstetrícia i ginecologia
Raez Gil, María Isabel	Obstetrícia i ginecologia
Taberner Bonastre, Maria Teresa	Oncologia mèdica
Bellera Vilar, Patricia	Otorinolaringologia
Herrero Crespo, M. Elena	Pediatría i àrees específiques
Garcés Bordege, Rosa Maria	Pediatría i àrees específiques
Álvarez Subiela, Javier	Psiquiatria
Cetnarowska, Aleksandra	Psiquiatria
González Farré, Eva	Psiquiatria
Romero Guzmán, Gonzalo José	Radiodiagnòstic
Villavicencio Chavez, Edgar Nery	Urologia
Macías Martínez, Blanca Adriana	Medicina familiar i comunitària
Javierre Caudevilla, M. Jesus	Medicina familiar i comunitària
Pablo Gimeno, Inmaculada	Medicina familiar i comunitària
Mhamed Sidi Mohamed, Teslem	Medicina familiar i comunitària
López Gómez, Jesús	Psicologia clínica
Castelló Noria, Àngela	Farmàcia hospitalària



El Dr. Ferran Barbé durant la seva ponència

Lleida acull l'XI Hot Topics in Sleep Apnea

Del 25 al 26 d'abril de 2008 es va celebrar, a Lleida, l'XI Hot Topics in Sleep Apnea que va reunir més de 150 experts nacionals i internacionals sobre el maneig de l'apnea del son. Així, al llarg de dues jornades es va debatre amb un alt nivell científic sobre els principals avenços en aquest camp.

Existeixen evidències científiques que confirmen la relació entre la síndrome de l'apnea i hipoapnees del son (SAHS) i el risc cardiovascular. De fet, la SAHS es considera la primera causa d'hipertensió arterial secundària. Així mateix, sabem que la SAHS té un tractament eficaç amb la CPAP. En aquest sentit, en l'esmentada reunió es van presentar nove-

tats importants sobre l'impacte del tractament amb CPAP, ja que en dos estudis recents liderats per investigadors locals s'ha vist que, en pacients amb SAHS, amb o sense somnolència diürna, i hipertensos l'ús de la CPAP disminueix de manera significativa les xifres de pressió arterial. Aquests resultats es van presentar en el congrés de l'American Thoracic Society a Toronto a finals de maig.

Les noves tecnologies estan sempre omnipresents en les edicions del Hot Topics, ja que es va publicar tot el simposi a la xarxa. Aquest fet aconsegueix que hi hagi un seguiment mundial i en directe de tots els actes. Es va poder assistir a les xerrades magistrals i es va seguir el desenvolupament de les sessions fil per randa a través de les diapositives que el ponent presentava. També es van poder fer preguntes per correu electrònic i, a més, el servei de traducció simultània, en castellà o anglès, va facilitar la comunicació entre els ponents i els assistents presencials o virtuals.

Sessió informativa sobre la sentència de la jubilació forçosa als 65 anys

La Secció dels Metges Jubilats del COMLL va convocar, el 26 de març, juntament amb la presidenta del COMLL, la Dra. Rosa Pérez, una sessió informativa sobre la sentència del Tribunal Superior de Justícia referent a la jubilació forçosa als 65 anys. La sessió va anar a càrrec de Meritxell Estiarte, de l'assessoria jurídica Simeó Miquel Advocats Associats, que va solucionar tots els dubtes que es van plantejar. En aquest sentit, es va destacar que el COMLL s'ofereix a fer-se càrrec dels costos de tots els tràmits administratius.

D'altra banda, el 27 de març es va celebrar l'assemblea ordinària del COMLL, on també van assistir alguns representants dels metges jubilats. Els punts de més interès per a la Secció dels Seniors són els que es refereixen a l'informe de presidència que esmenta la reunió sobre la sentència de la jubilació forçosa i els dictàmens jurídics que la secció havia demanat.

A més, al llarg de la sessió, es va aprovar el capítol del pressupost de 2008 que la secció va sol·licitar en l'assemblea del 19 de desembre de l'any passat.

Finalment, als col·legiats que van passar a honoraris se'ls va lliurar la corresponent insígnia i un diploma.

El passat 29 d'abril va tenir lloc una nova convocatòria conjunta de la presidenta del Col·legi i la Secció de Met-



A la fotografia central, la Dra. Rosa Pérez amb els organitzadors i assistents a la xerrada informativa "Jubilació i poder adquisitiu". A l'esquerra (a dalt), un moment de la conferència sobre la jubilació forçosa. A sota, el grup dels membres seniors que han participat en el nou curs d'informàtica. A les fotografies inferiors, els seniors a la Casa Templera de Gardeny (esquerra) i durant la seva visita a la Vall de Boí (dreta).



ges Jubilats per apropar als col·legiats el tema *Jubilació i poder adquisitiu*. Com gestionar l'estalvi després de la jubilació, a càrrec de Josep Regany, assessor financer.

Pel que fa a activitats lúdiques i culturals, el passat 12 de març es va reprendre el dinar de companyonia, celebració que els seniors van repetir el 9 d'abril. Els participants que es troben en aquestes jornades destaquen l'ambient agradable i les bones relacions entre els comensals.

Els seniors van fer una visita a la Casa Templera de Gardeny el passat diumenge 30 de març. Els 20 assistents van destacar la informació i les explicacions que els va oferir la guia i recomanen especialment aquesta sortida.

Un altres mes, els membres seniors del COMLL van iniciar un nou curs d'informàtica. En aquesta cinquena edició, el tema del curs és *Aprofundir en Internet, correu electrònic i tractament d'imatges*. El taller té una durada de 26 hores i s'imparteix a l'aula de la Fundació Viure i Conviure de la Caixa de Catalunya.

El mateix mes d'abril, els seniors van organitzar una visita a la Vall de Boí per conèixer a fons l'arquitectura romànica. Una vegada més, el grup va comptar amb una guia molt professional que va apropar els participants a les esglésies de Santa Eulàlia d'Erill la Vall, de Sant Climent i de Santa Maria de Taüll. En acabar, els seniors van gaudir d'un menú típic de la cuina del Restaurant Pey, a la Vall de Boí. Després de dinar, el grup va visitar l'ermita de Sant Quirze de Durro, a 1.498 metres d'altitud. Els seniors destaquen la impressionant panoràmica que ofereix aquest indret.

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**



El canvi de rol d'infermeria a l'AP

Butlletí Mèdic obre un nou debat davant la proposta de l'Institut Català de la Salut d'ampliar les competències dels professionals de la infermeria a l'atenció primària (AP). Els articulistes, persones implicades en aquesta situació, analitzen el panorama i defensen el seu acord o proposen solucions alternatives al document presentat per Salut.

L'atenció de la demanda espontània per part d'infermeria: falten metges?

La salut, entesa com a dret fonamental de l'individu, va provocar, durant la dècada de 1970, una reordenació dels sistemes sanitaris, especialment arran de la conferència de l'OMS d'Alma-Ata (1978), que va atorgar a l'Atenció Primària de Salut (APS) una posició central deguda a un gir dirigit principalment a la prevenció i a la promoció.

Com a resultat d'aquest nou ordre, aparegueren l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, l'equip de salut multidisciplinari, la consulta d'infermeria (en un binomi de treball que configurava unitats bàsiques assistencials) i l'abordatge biopsicosocial. Era la capacitat de fer de tot i per a tothom en la culminació de la socialització sanitària, tan reclamada des d'antany, i tot centrat en la creació d'uns professionals amb una formació tècnica qualificada i dotats de la bonhomia necessària per a la posada en pràctica d'aquesta nova visió integral i humanitzada del malalt.

Malauradament, després d'un desenvolupament reeixit, aquest sistema sembla que es troba ja en una situació terminal, com a resultat, entre d'altres, de la displicència política envers el primer nivell assistencial.

Una adequada planificació sanitària, sol·licita i amatent, amb milions de dades i indicadors de diversa

utilitat, hauria de comportar un alt nivell de vigilància respecte als canvis que s'esdevenen no només en l'àmbit purament sanitari, sinó també en els àmbits social, cultural i fins i tot econòmic per poder anticipar mesures amb l'antelació suficient abans no es presentin problemes de difícil abordatge.

Responsables de polítiques sanitàries (ja sigui per l'herència d'algunes inèrcies que situen la improvisació en el *modus operandi* habitual, o per la falta del valor adient per a la defensa dels criteris propis) no han fet els deures. És per això, i perquè han sobresegut informes que anunciaven una difícil viabilitat de futur i al·lèrgics a qualsevol forma de copagament (ja veurem durant quant de temps), que han contribuït a configurar una situació en què es comença a endevinar que aquesta APS omnímoda (que ratlla la deïtat, pot prevenir gairebé totes les malalties i que assegura, per tant, la salut eterna en una més de les fal·làcies que formen part de la propaganda sanitària més carinclona) es troba parcialment col·lapsada. Aquest col·lapse es basa en una desmotivació creixent entre els professionals pioners i descoratjada per a les noves generacions que comencen a emigrar a altres indrets que, curiosament, ja fa molts anys limiten, d'una manera o d'una altra, l'accessibilitat a les seves consultes i deleguen altres professionals, sanitaris i no sanitaris, activitats preventives per als primers i administratives en la resta dels casos.

Més preocupant, però, resulta la tendència actual que ha provocat

que quedin places vacants de medicina de família en el sistema MIR que perfilen un esdevenidor encara pitjor. No resulta, però, col·pidor, atès el paper anecdòtic que ocupa l'especialitat a la universitat, que, en acabar els estudis de grau, la medicina de família no sigui un destí apetent per a la majoria de metges novells, que tenen els preceptes del jurament hipocràtic ben frescos i estan delerosos de guarir les dolences que assetgen la població. Francament, la visió que entre tots hem donat és la d'una especialitat que, ara com ara, es dedica més a l'atenció dels problemes (de salut i de tot tipus) de les persones sanes, a aspectes epidemiològics i preventius i a la gestió i defensa dels minso recursos econòmicopúblics. Hem encunyat una nova definició per al principi de justícia social que ens ha convertit en administradors, i alhora garants, d'un sistema sanitari caduc i que demana a crits una profunda renovació que vagi en sintonia amb la realitat social coetània.

Qui ens ho havia de dir, tan il·lusionats com estàvem amb el caràcter renovador que va representar l'inici de la reforma de l'atenció primària. Una empenta que va fer que no en tinguéssim prou amb l'atenció de la persona malalta (de qui se'n seguien ocupant els altres especialistes) i que dediquéssim les nostres habilitats clíniques i comunicatives a la persona sana (elevada així al rang d'usuari i client). Això comportava un risc gens menyspreable, ja que es medicalitzaven processos vitals i es donava lloc a la interdependència sanitària com a fenomen de masses i al fre de l'autonomia personal dels individus. L'aferissament preventiu ha induït una iatrogènia poc quantificada però existent.

Així doncs, tant les expectatives creixents de salut i benestar per part de la població com els recents moviments migratoris han configurat una relativa manca de metges.

Els professionals sanitaris haurem d'intentar resoldre aquesta situació amb diligència si no volem caure en la iniquitat que suposaria el fet d'haver de limitar l'assistència sanitària a les persones que realment ho precisen: els malalts. Això s'aconseguirà redirigint el nostre quefer quotidià i establint una cartera de serveis en el marc competencial dels diferents professionals que intervenen en els centres de salut, és a dir, tornar a fer de met-

ges.

Però per respondre a la pregunta inicial sobre si de veritat falten metges, cal fer referència a una estadística (la veritat en la seva forma més despietada al servei de qui la utilitza) que ens indica que la proporció segueix sent de les més altes de la Unió Europea (445 metges/100.000 habitants, proporció només superada per Estònia). Amb aquest argument simplista, hom podria concloure que no, però també som dels països amb un major nombre de visites, fet que cal resoldre (o més ben dit, contenir) aviat. Tot i l'evident millora de les condicions de vida i de l'esperança de vida en néixer, el fet d'haver mantingut una accessibilitat perillósament franca ha originat una societat amb poca autonomia en termes de salut, és a dir, una societat que consulta moltes vegades el metge innecessàriament i obvia el perill que pot suposar la nostra benintencionada intervenció quan no cal.

L'única situació epidèmica que cal combatre de soca-rel és la creença, per part de la població, que som els responsables de la seva salut. Durant anys, hem fet tot el contrari i hem "regalat" salut i felicitat en forma de prescripcions i consells, però també a través de campanyes que, d'una manera sublimar en algunes ocasions i explícita i publicitada en moltes altres, han contribuït a col·lapsar les consultes mèdiques i a malbaratar un gran nombre de vocacions primerenques.

La solució passa en la prestesa de la utilització de l'escombra (entesa com la menys grollera de les accepcions que té). Cal que l'atenció primària reorganitzi la seva activitat assistencial i cerqui una major participació de la infermera, especialment en les activitats preventives i de promoció de la salut, en l'atenció als malalts crònics, l'atenció domiciliària (aquest model també caldrà importar-lo), l'activitat comunitària i, perquè no, l'atenció inicial dels processos aguts.

La infermeria familiar i comunitària ja disposa d'un prestigi merescut i ningú no qüestiona, ara, l'innegable paper de la seva consulta en l'activitat dels centres de salut, tot i que la seva creació va ser criticada en el seu moment pels representants més conservadors de l'estament mèdic en un exemple més del ridícul a què pot arribar l'anacronisme històric d'alguns sectors professionals que encara somiquegen infer-

meres amb còfia i faldilla. La realitat ens diu que les tasques preventives haurien desbordat les nostres consultes ja fa temps si no fos per la decisiva intervenció de la consulta d'infermeria. Això, per no parlar del seguiment dels malalts crònics (de qui, si no, depenen compliments terapèutics tan necessaris com la detecció precoç dels signes de descompensació?) o de l'activitat comunitària (aquella utopia que anomena part del títol que exhibim i que mai no ha integrat la nostra cartera de serveis però que, sota aquest nom, queda bé).

La polèmica, no obstant això, se centra en l'atenció inicial a les persones amb processos aguts de baixa complexitat, allò que anomenem triatge, i especialment en aquelles situacions (poques) que requereixen una habilitat diagnòstica o una intervenció terapèutica. Aquesta competència no forma part, actualment, del pla d'estudis d'infermeria a casa nostra i s'han intentat adaptar altres models estrangers més intervencionistes. Per tant, haurà de sotmetre's a una reflexió en el si dels diferents professionals de l'equip, a una posada en marxa progressiva, i almenys inicialment voluntària, i a l'establiment dels mecanismes adients de vigilància per tal de detectar errors amb rapidesa i minimitzar-los.

No obstant això, resulta criticable, d'una banda, que no s'hagi previst amb anterioritat un pla formatiu rigorós i adequat al canvi d'actitud que es busca i, de l'altra, que es doni novament la impressió d'estar improvisant i confiant excessivament en un excel·lent sentit comú que coneixem bé els professionals sanitaris, però que per si sol no guareix malalts i més aviat estimula la prudència. Cal recordar que l'adquisició de noves habilitats requereix la participació activa de l'alumne i un obligat període de tutorització quan es tracta d'inferir l'aprenentatge d'una tasca de vesant clínic. Infermeria hauria d'exigir la formació adient abans d'assumir una responsabilitat aliena, no caure

Les tasques preventives haurien desbordat les consultes si no fos per la intervenció de la consulta d'infermeria

en el parany que suposa l'acceptació d'incentius que persegueixen bàsicament eficiència i plantejar la millora de la qualitat i l'excel·lència assistencial com a premisses irrenunciabls.

Caldran, també, els recursos humans necessaris. Paradoxalment, Espanya es troba entre els països cuers pel que fa a la proporció d'infermeres/metges (darrers Grècia i Bulgària) i el 22è lloc de la Unió Europea en nombre d'infermeres/100.000 habitants (531, i la mitjana, 808).

Aquestes mesures haurien d'anar invariablement associades a una necessària i reclamada adequació dels recursos econòmics (l'atenció primària representa el 16% només de la despesa sanitària pública, molt lluny dels serveis hospitalaris i especialitzats, amb el 52%) en l'activitat assistencial que es busca. I, si es vol mantenir la porta d'entrada oberta de bat a bat per tal de no haver de posar més limitacions a la porta de sortida en forma de restriccions terapèutiques i diagnòstiques de tota mena, caldrà sospesar, de forma seriosa i sense la fatuïtat invocada per alguns grups de bioètica, la possibilitat d'introduir un necessari copagament. Un copagament que ara sí que farà falta, en nom de l'esmentada justícia social, per garantir que els recursos limitats per definició arribin amb la pressa suficient a aquells que realment els necessiten. Els individus sans han d'aprendre a valorar, com cal, el seu estat de salut, a cooperar amb llur manteniment i amb el del sistema públic i a fer tot allò que calgui per no haver de visitar-nos gaire sovint. Els missatges dels diferents agents socials han d'estar en línia amb una cultura centrada en la salut, realista i gens esfereïdora, i que plantegi millores socials i laborals per a les persones sanes, en lloc d'oferir recursos sanitaris. Uns salaris més dignes resultaran més efectius que els analgèsics per al tractament del mal de cap de final de mes.

Si ho fem tots així, la majoria dels metges de família no tenim cap dubte que infermeria assumirà els nous reptes (porta temps fent-ho), es convertirà en la peça clau pel que fa a la preservació i millora de la salut dels individus i contribuirà així a millorar el seu nivell de professionalisme i, indirectament, a revalorar la nostra especialitat i a convertir-nos, de nou, en clínics fonamentalment dedicats a l'aten-

ció de la persona, de la família i de les comunitats malaltes.

I com que ens caldrà donar l'alta mèdica a molts pacients per l'absència d'una patologia que justifiqui la nostra intervenció, donem les gràcies a infermeria, per endavant, per fer seu l'augment de feina que això li suposarà.

Gérvas, Juan; Pérez-Fernández, Mercedes, Palomo-Cobos; Luis, Pastor-Sánchez, Raimundo

Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. REAP (Red Española de Atención Primaria). Disponible a <http://www.diezminutos.org/documentos>

PER APROFUNDIR:

Macian Morro, Maribel. La prescripción", una necesidad para mejorar la atención a la población. Enfermería Comunitaria 2007; (3), 2, juliol-desembre.

Entrevista a Bernat Soria, ministre de Sanitat i Consum. Enfermería Facultativa. 112, gener, 2008.

Solé i Poblet, Josep M. El pla de gestió de la demanda i les competències d'infermeria. President del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, març 2008.

Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo General de Enfermería 2007.

Triatge i resolució en infermeria

El decret de reforma de l'Atenció Primària de Salut (APS) a Catalunya del 10 de març de 1985 va establir la normativa per al desenvolupament de l'APS al nostre país. En l'esmentat decret, es definia l'Equip d'Atenció Primària (EAP) i els rols dels seus integrants. Ha plogut molt des de llavors i, després de quasi 25 anys, l'atenció primària està perfectament consolidada i molt ben reconeguda per la població en les enquestes de satisfacció, on el metge de família rep una puntuació d'excel·lent.

S'ha completat un cicle i els elements disfuncionals i ineficients del sistema han de ser reformats i adaptats a les noves demandes socials i a la realitat canviant en l'exercici de la nostra professió. És una necessitat imperiosa que els polítics i l'administració sanitària facin la seva feina i les modificacions legislatives pertinents per adaptar l'APS al segle XXI i canviïn estructures i rols si convé. No

cal dir que els EAP han de fer un esforç per canviar els seus funcionaments interns, però no es pot deixar tot a les seves mans perquè, com si fossin "regnes de taifes", cadascú intenti sobreviure com pugui a la massificació i excés de demanda en els centres.

Grans valors del nostre sistema sanitari públic com són l'accessibilitat i l'atenció durant les 24 hores del dia estan seriosament en perill de fer fallida i arrossegar els professionals que hi treballen per la "medicalització de la vida de les persones" i el mal entès "dret a la salut" que ha convertit els serveis sanitaris en un mitjà de consum més, sense cap mecanisme regulador que eviti el mal ús i l'abús, en una societat cada vegada més consumista, amb molts drets i pocs deures. He comentat moltes vegades que l'abús dels serveis sanitaris públics sense justificació ha de ser penalitzat, de la mateixa manera que es multa l'aparcament en doble fila i, malgrat que sigui "políticament incorrecte", algú haurà de posar el fil a l'agulla abans que el sistema es col·lapsi.

A continuació, us exposo la postura de la CAMFIC sobre el document *La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda*, publicat a la pàgina web de la CAMFIC el passat 7 d'abril.

La Junta de la CAMFIC, un cop estudiat el document remès per la Direcció de Processos, Cures i Qualitat de l'ICS, vol manifestar:

1. El seu absolut acord amb l'objectiu general d'"augmentar la participació de la infermera en la demanda aguda de la població".
2. Acord absolut també en els continguts generals de la consulta d'infermeria proposats, que inclouen les activitats preventives i de promoció de la salut, l'atenció a persones amb malalties cròniques, l'atenció domiciliària, l'activitat comunitària i l'atenció a persones amb processos aguts.
3. Pel que fa a l'atenció a les persones amb processos aguts, la Junta de la CAMFIC contempla amb satisfacció l'aposta per un paper més actiu per part d'infermeria i comparteix els objectius i les oportunitats expressades clarament en el document.
4. També ens sembla correcte l'algorisme general dels protocols desenvolupats sobre diversos processos molt prevalents en les demandes agudes als centres de salut.

5. Entenem que, en els casos en els quals els protocols presentats "s'estandarditzen" en situacions de "prescripció col·laborativa" que necessàriament hauran de ser validades pel metge, aquesta actuació convé que es desenvolupi en el marc de cada unitat bàsica d'assistència o en un entorn d'acord amb els professionals de l'equip.

La Junta de la CAMFIC

No és viable ni eficient que qualsevol demanda sanitària que arribi a un centre d'atenció primària acabi a l'últim esglaó del sistema, que és el metge de família, sense un triatge previ. S'ha d'establir alguna mesura funcional i organitzativa que racionalitzi la demanda d'atenció als processos aguts i la demanda d'atenció immediata (però no urgent!) en un moment en què comença a existir llista d'espera a la primària i que, per desgràcia, no millorarà, sinó que empitjorarà aquest estiu per la manca de professionals. Aquestes mesures han d'abastar l'àmbit administratiu i el d'infermeria i limitar aquesta accessibilitat desmesurada que permet anar al metge per qualsevol causa, a qualsevol hora i les vegades que es vulgui, sense cap mecanisme limitador i/o sancionador. El triatge per part d'infermeria permetrà redirigir la demanda no justificada d'atenció immediata cap als circuits habituals d'atenció a l'usuari i també la justificada cap a una atenció mèdica més ràpida i eficient.

L'atenció a les persones amb processos aguts ha de permetre distribuir, de forma més equitativa, l'activitat assistencial de la patologia aguda entre el metge i la infermera i que no depengui tant d'individualitats (hi ha moltes infermeres que ja ho estan fent actualment), sinó que afecti tot el col·lectiu professional.

Però aquest canvi no s'improvisa d'un dia per l'altre i necessita unes condicions per evitar el rebuig:

1. Cobertura legal: protocol·litzar l'atenció als processos aguts va en aquesta línia i té una bona cobertura legal davant els jutges que es basen molt en els protocols quan sentencien temes sanitaris. Però també es fa imprescindible un canvi legislatiu i normatiu que modifiqui els rols dels professionals que treballen a l'atenció primària.
2. Consensuar els canvis amb els representants dels col·lectius afectats: col·legis de diplomats d'infermeria, de metges, societats

Cal impartir formació específica a les infermeres en aspectes d'anamnesi i exploració física, per tal d'avaluar el procés patològic, no de diagnosticar

científiques, sindicats, etc.

3. Formació específica a les infermeres en aspectes d'anamnesi i exploració física, amb l'objectiu d'avaluar el procés patològic, no de diagnosticar.

4. Cartera de serveis d'infermeria.

5. Molta precaució a l'hora de prescriure medicaments, fins que no surti l'ordre ministerial corresponent que ja ha passat per la fase de les al·legacions i que establirà quan, com i què podrà prescriure el professional d'infermeria. Mentrestant, i malgrat el que diuen els protocols inclosos en el document *La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda*, fet per l'ICS, quan s'hagi de donar un antibiòtic és millor que es demani el vistriplau del metge de família.

Dr. Josep Maria Sagrera Mis
Vicepresident de la CAMFIC

Informe preliminar del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya sobre el document i objectius de l'ICS

A partir de les nombroses consultes i comunicacions ateses pels quatre col·legis infermers catalans, relacionades amb el document que conté les propostes dels objectius de l'Institut Català de la Salut (ICS) a l'atenció primària, aquest informe preliminar té, com a propòsit, fer tot un seguit de consideracions sobre aquest, a petició d'infermeres i infermers catalans que han mostrat la preocupació sobre la pertinència dels seus continguts amb l'objectiu professional de les infermeres.

Mentre esperem una anàlisi més completa i que el diàleg establert amb l'ICS permeti resoldre els motius que han generat aquesta preocupació de la manera més favorable possible per a ambdues

parts, tenim la necessitat de posicionar-nos a partir de les premisses bàsiques següents:

· Alguns dels objectius que conté el document estan relacionats amb el diagnòstic i el tractament de la malaltia, que són responsabilitat del metge.

· La valoració que fa la infermera ha de tenir sempre com a objectiu determinar dos tipus de problemes: els de col·laboració (problemes de salut reals o potencials en els quals la persona atesa requereix que la infermera li faci les activitats de tractament i control prescrites per un altre professional, generalment, el metge) i els de diagnòstics infermers (aquelles situacions que la infermera tracta independentment). Per tant, cal no confondre el que la persona atesa requereix amb el que la infermera fa per ella amb la valoració d'una malaltia, que haurà de fer-ho el metge, diagnosticar-la i prescriure el tractament més adequat.

· La intervenció de la infermera mai pot tenir caràcter dissuasiu. És a dir, mai no ha de tenir com a finalitat que la persona atesa eviti l'atenció mèdica o substituir l'atenció del metge.

· La infermera pot actuar sobre signes i símptomes que pot observar, mesurar o valorar, però no pot, ni ha d'utilitzar-los, per emetre judicis diagnòstics relacionats amb la malaltia ni prescriure'n el tractament.

· Actualment, la Llei de Garanties i Ús Racional dels Medicaments (LGURM) reserva la prescripció i utilització de medicaments i productes sanitaris al metge i a l'odontòleg. D'altra banda, la infermera pot actuar sobre signes i símptomes amb mitjans físics, però no amb químics farmacològics reservats per a la prescripció mèdica.

· La infermera no pot prescriure encara que s'especifiqui que ho farà en el suport de recepta mèdica posteriorment validada pel metge. Això incompleix tota la legislació sobre la recepta mèdica. Tampoc es pot confondre prescriure (indicar el règim terapèutic més adient) amb receptar (escriure en el suport

"recepta").

· No és admissible que sigui una figura professional (en aquest cas, la infermera) qui valori i emeti un judici diagnòstic sobre una situació patològica i sigui una altra figura professional diferent (en aquest cas, el metge) qui determini (i, per tant, signi) quin és el tractament.

· El caràcter de voluntarietat ha d'establir-se sempre a partir de la igualtat d'oportunitats i quan els objectius que es proposen estan inclosos en el marc competencial del professional que se li demana. És una fal·làcia l'afirmació que el compliment dels objectius institucionals és una qüestió voluntària quan es demana a la infermera que actuï fora del seu marc competencial i, molt menys, si hi van lligats incentius econòmics o de promoció professional. No es pot promoure ni la invasió de competències ni l'assoliment d'objectius fora del marc competencial.

· Cal no oblidar que és a les professions —en cadascuna i només en aquestes— a les quals correspon la definició, l'ampliació o la modificació de les seves competències. Els òrgans polítics i legislatius han d'adequar el marc legal a manera de reconeixement i de regulació per fer-ho possible i les empreses sanitàries han de facilitar que cada oferta professional es posi a disposició dels ciutadans.

· Per tant, cap empresa pot atorgar competències professionals. Això ho fa la universitat i ho regula el Col·legi Professional.

· Atès que la responsabilitat és personal i indelegable, cap gestor d'una empresa no pot assumir la responsabilitat dels seus professionals si vulnereu la llei o s'extralimiten les seves competències.

· Pel que fa a la cobertura de responsabilitat civil de les infermeres, si l'actuació professional s'ajusta al seu àmbit de competències no hi haurà problemes de cobertura d'assegurances. No obstant això, en la mesura que les infermeres assumeixin funcions que no són les que tenen assignades professionalment, s'incrementaria el risc d'incórrer en situacions d'exigència de responsabilitats professionals per la seva actuació. Això situaria les infermeres en una clara indefensió.

· A tall de resum, la infermera pot acollir la persona, dur a terme la recollida de dades anteriors i actuals, d'objectius i subjectius, generals o focalitzats a través de l'entrevista, l'observació i l'examen

» físic i registrar-los, determinar signes i símptomes d'alarma i, fins i tot, classificar, orientar i prioritzar l'atenció de la demanda. Però no pot dissuadir la petició de visita mèdica, diagnosticar patologia mèdica, prescriure medicaments o productes sanitaris, receptar ni utilitzar el model oficial de recepta mèdica.

Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya

Gestió de la demanda: òptica d'infermeria

Les actuacions en àmbit sanitari sempre han presentat una certa polèmica en interaccionar diferents col·lectius, com els de medicina i infermeria. No és diferent en consulta espontània d'infermeria. En aquest procediment d'actuació, tenim com a antecedents les actuacions primeres realitzades per la consulta d'infermeria des de 1973 al Johns Hopkins Hospital de Baltimore.

Al nostre país, des de la reforma de l'Atenció Primària (AP), el 1984 es va crear la modalitat d'infermera en AP. Com no podia ser menys, en aquella època hi va haver polèmica entre els metges i les infermeres, atès que alguns van veure aquest fet com un element d'intrusisme professional i una ingerència en les seves competències, i els altres ho van considerar una forma de reivindicació de la seva autonomia professional, en lloc d'una forma de treball diferent i per millorar l'actuació de l'equip i l'assistència al malalt.

Malgrat aquestes primeres situacions, el 1994, a l'àrea 9 d'AP de Madrid van començar un estudi per endegar la consulta d'infermeria a demanda, tant per la necessitat com per la lògica d'aquesta actuació. El 2001, el Servei Andalus de Salut, davant de les necessitats en aquesta comunitat, es planteja, per primer cop dins dels contractes-programa en els districtes d'AP, la creació de les consultes a demanda d'infermeria.

La validesa del sistema la recolzen diversos estudis científics realitzats que evidencien els avantatges de les consultes d'infermeria a demanda. Hi ha experiències fora del nostre país des de 1965 als EUA amb l'aparició de les *nurses practitioners* a la Universitat del Colorado, amb expansió, atesa la seva eficàcia, al Canadà, el Regne Unit i Irlanda.

En cap cas es tracta d'un sistema de dissuasió del pacient que vol una visita mèdica

Els estudis publicats sobre aquest tema indiquen, en general, alta satisfacció dels pacients atesos per infermeres, ja que obtenen millor informació sobre prevenció, causes de la malaltia, alleugerir els símptomes i què fer en cas de persistència del problema. A més, les infermeres presenten un registre més acurat a la història clínica del pacient.

Aquestes experiències han portat, des del 2006, l'Associació Mèdica Britànica a proposar que les infermeres gestionin la porta d'entrada dels pacients.

Experiències a Catalunya

A Catalunya hi ha diverses experiències en aquest sentit desenvolupades a l'Equip Atenció Primària (EAP) Gòtic de Barcelona (2001), a l'EAP Sant Antoni de Barcelona (2007), en diferents centres del Maresme (com l'EAP Premià de Mar, 2005), a l'EAP Santa Eulàlia Sud d'Hospitalet de Llobregat (2006), a l'EAP Tarragona 2 (2006), a l'EAP Igualada (2007) i a Lleida a l'EAP Eixample (1996), l'EAP Bordeta-Magraners (2006) i a Pediatria a l'EAP Balaguer (2007).

Malgrat que al nostre país està poc implantada aquesta actuació d'infermeria en AP, la capacitat d'actuació d'infermeria no ha de quedar només en l'atenció d'un sol grup de població, ja que comportaria una falta de racionalització, tant en el cost com en l'oferta dels serveis.

Les evidències donen peu a l'expansió del rol infermer en la gestió de la demanda en l'AP, ja que aquesta competència de la infermeria permet l'acollida del pacient que arriba al centre d'atenció primària sense hora i considera que no pot esperar. Amb la realització d'una entrevista per a la recollida de les dades, antecedents, motiu actual de la demanda, determinació de signes i símptomes, examen físic, registre a la història clínica del pacient, així com poder classificar, orientar i prioritzar la demanda, perquè el professional adient pugui

realitzar la seva tasca.

En cap cas és un sistema de dissuasió del pacient que vol una visita mèdica, no basa la seva actuació a fer diagnòstic mèdic ni en la prescripció de medicaments, ja que no és competència nostra. Els protocols que ha elaborat l'Institut Català de la Salut són una eina de treball que sempre hauran de ser consensuats per l'EAP i pels directors dels centres on es vulguin implantar.

Carme Marquilles Bonet i Gemma Amat Camats
Infermeres d'AP

BIBLIOGRAFIA

- Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ 2002; 324: 819-823.
- Martínez Riera JR. Consulta de enfermería a demanda en atención primaria. Reflexión de una necesidad. Rev Adm Sanit 2003;1 (3): 425-40.
- Raffo Carvajal D. Equivalencia de cuidados de salud entre enfermeras y médicos en Atención Primaria. Evidentia 2004; 1 (1). A <http://www.index-f.com/evidentia/n1/2articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Martín Santos F, Morilla Herrera JC, Morales Asensio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en atención primaria. Enferm Común 2005; 1 (1): 35-42.
- Gírbés Fontana M, Jurado Balbuena JJ, Rodríguez Escobar J, Esteban Paredes F, Aréjula Torres JL, Fontava Cemeli T, García Real J, Herrera García M, Ruiz Hontangas A. Enfermería en atención primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9). Rev Adm Sanit 2005; 3 (1): 49-65.
- Papel de la enfermera en atención primaria: competencias, funciones e intervenciones. Servicio Madrileño de Salud. S.G.A.P.-S^a Programas Asistenciales. Madrid, octubre 2007.

El pla de gestió de la demanda i les competències d'infermeria

Els metges espanyols contemplan amb força desconcert, aquests darrers mesos, com les autoritats sanitàries estan intentant ampliar les competències professionals del personal d'infermeria, i li han encarregat algunes funcions que, fins ara, eren exclusives dels metges, sense que abans s'hagi produït un debat rigorós entre els uns i els altres.

Primer, un esborrany d'ordre del Ministeri de Sanitat, en què s'autoritzava les infermeres a prescriure certs medicaments, va generar una oposició frontal de l'Organització Mèdica Colegial, fet que va determinar la retirada d'aquest projecte. Ara, un pla de l'Institut Català de la Salut, no sabem si pilot o definitiu, sobre la gestió de la demanda als centres d'atenció primària, determina que les infermeres podran visitar directament malalts amb diferents tipus de problemes mèdics aguts.

Les organitzacions que agrupen els metges, com ara els col·legis professionals, han conegut inicialment per la premsa mèdica aquest pla que defineix un nou rol dels professionals d'infermeria que: 1) No respon a una necessitat de la nostra sanitat, ja que no reduirà la feina dels metges; 2) Es planteja en una situació de manca d'infermeres en el sistema; 3) No es pot fer amb garanties de qualitat per un personal que no sabem si està preparat per fer-lo; 4) No es pot assegurar que millorarà l'eficiència del sistema ja que no es pot esperar que els malalts atesos inicialment per la

infermera no acabin de ser vistos pel metge.

D'altra banda, s'aplica sense haver investigat si els malalts veuran bé que els visiti una infermera en lloc d'un metge ni haver resolt els possibles problemes de responsabilitat civil del personal d'infermeria que visiti.

¿No hauria estat més raonable iniciar un procés de reflexió conjunta, metges i infermeres, de com hem de modificar actituds i hàbits per aconseguir que als CAP es faci un autèntic treball en equip entre els diferents professionals sanitaris i en cada un d'ells es determinin les competències dels uns i dels altres, en funció de la magnitud de la feina, el nombre de sanitaris i les característiques de la població que és atesa en cada un? ¿Hem de començar a ampliar les competències de les infermeres i donar a aquesta professió unes funcions que no són únicament les pròpies dels metges, sinó que són exclusives d'aquesta darrera professió, com ara diagnosticar i prescriure? ¿No hauríem d'aprofundir més en la cartera de serveis del personal

d'infermeria a l'atenció primària, com ara les activitats de caràcter preventiu, les visites domiciliàries o el seguiment de les malalties cròniques abans d'embarcar-nos en projectes nous? Ens preocupa que es posin en marxa projectes poc debatuts que generen sorpresa i contrarietat i que fan encara més difícils les relacions de confiança entre els metges i l'administració. És cert que ens cal imaginació i tenir una ment oberta a nous plantejaments, però tampoc hem de fer invents que no siguin la conseqüència d'una reflexió i d'un consens.

Finalment, volem fer avinent la nostra voluntat de contribuir a buscar sortides als problemes que es deriven de la gran pressió que pateix el nostre sistema sanitari i fer pública la nostra convicció que, per aconseguir-ho, hem de treballar amb la màxima col·laboració amb la resta del personal sanitari dels nostres centres.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

Joies úniques

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

PIRE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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



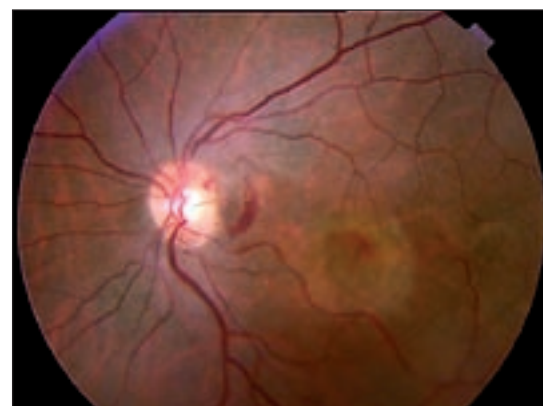
Druses maculars



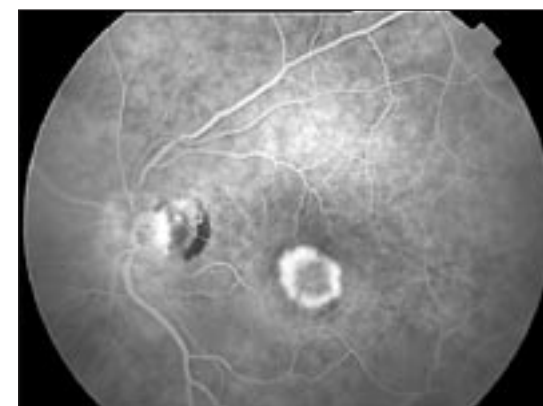
DMAE atrofica



Imatge angiogràfica del cas anterior



Membrana neovascular clàssica subfoveal



Imatge angiogràfica del cas anterior

Utilització de fàrmacs antiangiogènics en oftalmologia per via intravítrea

El tractament de la patologia neovascular vitreoretinial ha experimentat canvis vertiginosos en els darrers vint anys. Començant per la fotocoagulació dels neovasos en la retinopatia diabètica amb els làsers d'argó i de diòde, seguint amb la teràpia fotodinàmica que, mitjançant la injecció d'una substància fotosensible en vena s'activa amb un làser quan és captada per la membrana neovascular, i, darrerament, amb l'aparició de nous fàrmacs que bloquegen el Factor de Creixement Endotelial Vascular (VEGF) i que anomenem antiangiogènics.

El VEGF és un mitjancer de la inflamació que afavoreix el creixement i manteniment de neovasos, incrementa la permeabilitat vascular i modula el flux i la vasodilatació.

Totes les patologies que cursen amb

l'aparició de neovasos poden beneficiar-se del tractament amb antiangiogènics. Encara que la indicació principal és per la degeneració macular associada a l'edat que cursa amb neovascularització subretinial, també s'han experimentat amb èxit en retinopatia diabètica, glaucoma neovascular i isquèmies posttrombosi venosa. També, en disminuir la permeabilitat capil·lar, pot millorar els edemes maculars diabètics, trombòtics i posquirúrgics.

La Degeneració Macular Associada a l'Edat (DMAE) és la principal causa de ceguesa als països occidentals en persones majors de 65 anys. Es produeix per un deteriorament de les funcions degradatives de l'epiteli pigmentari retinial. Es diposita material granular i vesicular i dona lloc a les druses,

que no són més que acumulacions de detritus sobre l'epiteli pigmentari (foto 001). Aquestes druses poden evolucionar a l'atròfia (degeneració macular atrofica) (foto 002, 003) o poden fer desaparèixer l'epiteli pigmentari que respon alliberant factors de creixement (VEGF) que produiran l'aparició d'una membrana neovascular (foto 004, 005) que creix des de la coriocapil·lar, travessa la membrana de Bruch i envaeix la retina neurosensorial. Aquests neovasos tendeixen a sagnar i produeixen hemorràgies subretinials que provoquen la destrucció ràpida de l'epiteli pigmentari i dels fotoreceptors. Després es produeix teixit fibròtic que dona lloc a la degeneració disciforme (foto 006).

Tant en la retinopatia diabètica i en les trombosis com en el glaucoma

neovascular, la isquèmia retiniana produeix l'alliberament de VEGF amb el conseqüent creixement de neovasos, hemorràgies i fibrosi. Actualment, al mercat hi ha dos fàrmacs antiangiogènics acceptats com a tractament de la neovascularització retiniana:

1. Pegaptanib: és un aptamer, monocadena d'àcid ribonucleic que adopta una estructura tridimensional i posseeix propietats de reconeixement i unió a receptors similars als dels anticossos. Entre els seus avantatges, cal destacar la seva altíssima afinitat per la isoforma VEGF 165, que és la que es troba majoritàriament a l'ull i li atorga un millor perfil de seguretat sistèmica (no bloqueja altres isoformes presents en altres territoris, com el miocardi). Aquest avantatge també és un inconvenient, atès que té una acció més limitada perquè no bloqueja altres isoformes de cadenes més curtes que es produeixen a l'ull com a resultat de la degradació de la cadena del VEGF.

Els seus resultats són bons, encara que la seva acció és més lenta que altres fàrmacs més inespecífics.

El Pegaptanib (Macugen) es presenta en xeringues precarregades. S'administra per via intravítrea cada 6 setmanes (foto 007, 008).

2. Ranivizumab: deriva de l'anticòs murí humanitzat anti-VEGF, al qual se li ha eliminat la fracció cristal·litzable i manté tan sols la fracció que el lliga a

l'antigen. Aquesta modificació facilita la seva penetració a través de la retina, incrementa unes 140 vegades la seva afinitat per al receptor, redueix la seva vida mitjana en sang perifèrica i millora així el seu perfil de seguretat.

Ranivizumab s'uneix i bloqueja totes les formes actives de VEGF i redueix l'activitat neovascular i la permeabilitat vascular.

Els estudis sobre l'activitat d'aquest fàrmac en la neovascularització a la DMAE han aconseguit, per primera vegada, millorar l'agudesia visual d'aquests pacients. El Ranivizumab (Lucentis) es presenta en xeringues precarregades. Administració intravítrea cada 4 setmanes (foto 009, 010).

Conclusió:

Tots aquests tractaments antiangiogènics han demostrat la seva eficàcia en la reducció de l'activitat neovascular i de l'edema retinià, però no cal oblidar que estem actuant només sobre una manifestació de la malaltia. Cal pensar que si no s'elimina el factor que allibera el VEGF, l'efecte d'aquest fàrmac és temporal, i en malalties de tipus progressiu podem esperar un rebot posterior encara més potent. Caldrà, per tant, vigilar i retractar el pacient si és necessari.

Està en fase d'estudi l'implant subconjuntival d'un reservori de Pegaptanib que permetria tenir cobertura de tractament durant 6 mesos i evitaria la

punció vítria. Un altre inconvenient és la via d'administració. Els tractaments intravítrics comporten una sèrie de riscos: hemorràgia vítria, desprendiment de retina, uveïtis, glaucoma, cataracta i endoofthalmitis.

Cal extremar les mesures de precaució per administrar tractaments intravítrics:

- Obtenir sempre consentiment informat.
- Pretractament amb antibiòtic tòpic i rentat de fons de sac amb povidona al 5%.
- Utilitzar sempre blefaròstat.
- Entorn net amb les màximes mesures d'asèpsia: guants, camp quirúrgic, mascareta.
- Control immediat després de la injecció de percepció lluminosa o de comptar dits per verificar la permeabilitat de l'artèria central de la retina.
- Pauta de tractament antibiòtic després de la injecció.

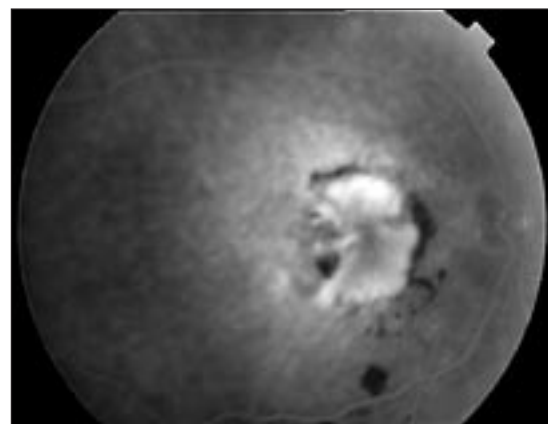
Amb una bona tècnica, i seguint les recomanacions anteriors, les complicacions són rares.

El darrer inconvenient és l'alt cost econòmic del tractament que, encara que estigui cobert per la medicina pública, només s'administra en alguns centres de referència.

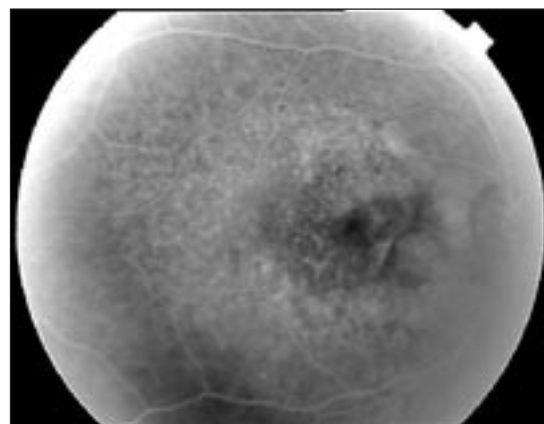
Dr. Joan Ramon Roca
Oftalmòleg



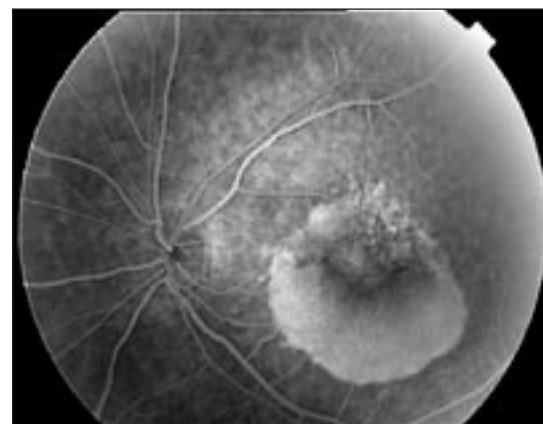
Degeneració disciforme



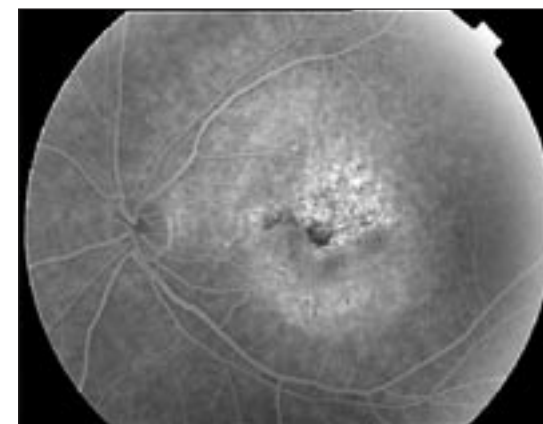
Gran membrana neovascular subfoveal. Imatge angiogràfica



Un mateix pacient tractat amb tres dosis de Pegaptanib. Atròfia de la membrana



Desprendiment de l'epiteli pigmentari en pacient amb membrana neovascular oculta



Un mateix pacient després d'una dosi de Ranivizumab

Consideraciones sobre la muerte súbita en el deporte

La muerte súbita, de por sí, es dramática, pero la relacionada con el deporte, bien porque suele afectar a gente joven y aparentemente sana, bien por su repercusión en los medios de comunicación, adquiere matices más trágicos.

No existe un consenso sobre lo que entendemos como muerte súbita, ya que para algunos autores es aquella que acontece entre 60 segundos y 15 minutos después del inicio del evento mientras que, para otros, es la que se produce a partir de las 6 o las 24 horas del comienzo de los síntomas. La muerte súbita en el deporte, además de ser inesperada, no es violenta ni traumática.

La primera muerte súbita documentada en la historia de la medicina se produjo en el año 490 aC, cuando el soldado griego Pheidippides murió tras correr más de 42 km entre las ciudades de Maratón y Atenas para anunciar una victoria.

La primera muerte súbita en el deporte moderno ocurrió en el Tour de Francia de 1967, cuando el ciclista británico Tom Simpson falleció de forma fulminante durante el ascenso al Mont Ventoux. En la necropsia se confirmó un paro cardíaco por consumo de anfetaminas y alcohol antes de la etapa.

Debido a la presencia de los medios de comunicación, aún permanecen en nuestra memoria imágenes de muerte súbita como la del camerunés Marc Vivien Foe, que falleció en 2003 durante un partido de fútbol de la Copa Confederaciones, la del húngaro Mirlos Fenech, quien falleció a los 24 años en un partido de fútbol de la Liga portuguesa en 2004 y, meses más tarde, la del futbolista brasileño Serginho.

En España, a finales del pasado agosto, vivimos la muerte del sevillista Antonio Puerta, que miles de aficionados pudieron presenciar al desplomarse en el césped del estadio Sánchez Pizjuán. A la muerte de Puerta, le siguió la semana trágica de la muerte súbita, ya que en pocos días falleci-

eron, también, el delantero zambiano Chaswe Nsofwa, de 27 años, en la Liga de fútbol de Israel; en Ecuador, Jairo Andrés Nazareno, a los 21 años; en Huesca, Ángel Arenales, a los 31 años y, en Francia, el jugador de voleibol Cédric Schilenger, de 25 años.

En personas aparentemente sanas, por su aparición inesperada, las muertes súbitas son sospechosas de criminalidad, por lo que es necesario ponerlas en conocimiento de la autoridad judicial para la realización de una autopsia forense completa, incluyendo un análisis toxicológico.

La causa de las muertes súbitas, tanto de las relacionadas como de las no relacionadas con el deporte, suele ser de origen cardiovascular. En los menores de 35 años suelen producirse por cardiopatías de origen congénito, mientras que en las personas de más de 35 años predomina la enfermedad ateromatosa coronaria.

En deportistas norteamericanos, la causa principal de muerte súbita es la miocardiopatía hipertrófica, mientras que en los deportistas europeos la causa más frecuente de muerte súbita es la miocardiopatía arritmógena, seguida de la enfermedad ateromatosa coronaria.

Causas de muerte súbita en el deportista

Enfermedad ateromatosa coronaria

Es la primera causa de muerte súbita en general y la primera causa de muerte súbita en el deporte en practicantes de más de 30 años, aunque últimamente se han constatado casos en menores de 35 años.

En España, se produce básicamente en el ciclismo y en deportistas de edad avanzada. Se ha visto que se asocian a factores de riesgo (tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica) y a síntomas premonitorios como el dolor torácico y la fatiga.

En gente joven, la muerte súbita suele ser la primera manifestación de la enfermedad y, generalmente, afecta a la arteria coronaria descendente anterior. Es muy frecuente que existan antecedentes de dislipemia familiar severa.

El mecanismo de la muerte súbita en ejercicio por enfermedad ateromatosa coronaria suele ser la rotura de la placa de ateroma y la consiguiente trombosis.

Miocardiopatía hipertrófica

Como hemos comentado, es la causa más frecuente de muerte súbita en deportistas norteamericanos, siendo más frecuente en deportistas de raza negra que en los de raza blanca. Es una enfermedad hereditaria, de carácter autosómico dominante y con

un alto grado de penetrancia.

La alteración morfológica más evidente es la hipertrofia septal asimétrica. Desde el punto de vista microscópico, presenta un desorden de más del 5% de las fibras, zonas de fibrosis y displasias de las arterias intramio-cárdicas.

Clínicamente, puede cursar de forma asintomática (en un 47% de casos) o, también, manifestarse por disnea, angina, síncope y muerte súbita.

El mecanismo de la muerte súbita en ejercicio por miocardiopatía hipertrófica puede deberse tanto a alteraciones hemodinámicas como a arritmias que se originen sobre musculatura alterada o arritmias terminales por alteraciones de los vasos intramio-cárdicos en las zonas del sistema de conducción.

Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial con la hipertrofia del

síndrome del corazón del deportista. En este caso, suele existir un aumento del 10% de la cavidad del ventrículo izquierdo (> 55 mm), un aumento del 10-20% del espesor del ventrículo izquierdo (< 12 mm) y un incremento del 45% de la masa ventricular izquierda. Esta hipertrofia suele ser reversible y regresar al abandonar la práctica deportiva.

Miocardiopatía arritmógena del ventrículo derecho

Es una nueva entidad patológica de causa desconocida que se ha descrito al estudiar la muerte súbita en deportistas jóvenes. Consiste en una sustitución progresiva del miocardio del ventrículo derecho por un tejido adiposo o fibroadiposo y que, a veces, también puede afectar al ventrículo izquierdo. Clínicamente, origina palpi-

taciones, síncope y muerte súbita.

Esta sustitución del músculo cardíaco por tejido fibroadiposo ocasiona una inestabilidad eléctrica, retarda la conducción y favorece la aparición de arritmias y muerte súbita por fenómeno de reentrada.

Clínicamente, se han descrito tres estadios de la enfermedad: estadio temprano, que puede debutar con muerte súbita; estadio arritmógeno, en el que se producen arritmias ventriculares severas (básicamente fibrilación ventricular), y estadio final, en el que se observa una cardiomegalia y un fallo de bomba biventricular, semejando una miocardiopatía dilatada que incluso puede precisar un trasplante cardíaco.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el corazón de atleta, en el que se produce un crecimiento global del ventrículo derecho y alteraciones de la despolarización y la repolarización, así como trastornos de la conducción que se pueden objetivar mediante un electrocardiograma.

Se considera, en España, la primera causa de muerte súbita asociada al deporte en gente joven. Parece la presunta causa de muerte súbita del malogrado jugador del Sevilla en el primer partido de Liga.

La muerte súbita en el deporte, además de ser inesperada, no es violenta ni traumática

La causa de las muertes súbitas suele ser de origen cardiovascular



Informa't de les
QUOTES BLAVES

des de
717* €/mes

Visiti pis pilot

*Promoció vàlida per als 11 primers compradors que efectuin la reserva entre el 15/03/08 i el 15/06/08.

Aquest anunci no té valor contractual.
Les imatges reproduïdes ho són únicament a l'efecte il·lustratiu. Continguts subjectes a possibles modificacions.

SyV
Sacyr Vallehermoso

www.vallehermoso.es

ARCADIA
RESIDENCIAL

Gaudeix de tots
els teus sentits

- Habitatges amb grans terrasses
- Dúplex de 2 i 4 habitacions i sala polivalent
- Habitatges de 2 i 3 dormitoris
- Piscina i zona enjardinada comunitària
- Acabats de qualitat

OFICINA DE VENDES
Avda. Blondel, 11. Lleida
Tel. 902 269 100

Vallehermoso

» Como hemos señalado, su causa es desconocida, pero últimamente se ha atribuido a una base genética, ya que se han descrito alteraciones en el cromosoma 14. En caso de que afecte al ventrículo izquierdo, se ha visto que podría ser secuela de una miocarditis previa.

Hipertrofia ventricular izquierda

Es una hipertrofia cardíaca concéntrica importante con disminución de la cavidad ventricular (superior a la considerada como fisiológica en respuestas adaptativas al ejercicio físico), con ausencia de enfermedad valvular, isquémica o congénita, sin dilatación ventricular, desorden de fibras ni antecedentes de hipertensión arterial.

En España constituye la segunda causa de muerte súbita en deportistas menores de 35 años y la causa de ésta es debida a la aparición de arritmias letales. Últimamente se ha postulado, además de estar asociada al ejercicio físico, el uso de esteroides anabolizantes.

Anomalías congénitas de las arterias coronarias

En los deportistas norteamericanos supone, después de la miocardiopatía hipertrófica, la segunda causa de muerte súbita. Suelen ser anomalías en su origen, especialmente de la arteria coronaria izquierda en el seno aórtico derecho, aunque también pueden localizarse en su trayecto.

No se conoce con exactitud el mecanismo fisiopatológico que causa la muerte súbita, pero se han apuntado tres teorías: compresión de la arteria coronaria entre la arteria aorta y el tronco de la arteria pulmonar, el acodamiento de la arteria coronaria

algunas veces durante el ejercicio origina fatiga, palpitaciones y arritmias. A veces se acompaña de un cuadro viral previo o concomitante. Cuando un deportista presenta un resfriado común u otro cuadro vírico, o bien fiebre, debe contraindicarse de forma temporal la práctica del ejercicio físico.

Enfermedades valvulares

Básicamente, nos referimos a la estenosis aórtica. No suele ser causa de muerte súbita porque se diagnostica en vida. Constituye una de las causas de contraindicación absoluta para el deporte de competición en función de su gravedad.

El mecanismo de muerte súbita por estenosis aórtica está determinado por la aparición de arritmias ventriculares asociadas a la hipertrofia ventricular y a la isquemia miocárdica.

Otra patología valvular que se postula como posible causa de muerte súbita es el prolapso de la válvula mitral.

Alteraciones en el sistema de conducción

Se trata de la hiperplasia o displasia fibrointimal de la arteria del nódulo auriculoventricular, las anomalías estructurales en el Haz de His, vías directas (tipo Kent).

Síndrome de Wolff-Parkinson-White

Se trata de un síndrome de preexcitación en el que la vía anómala puede encontrarse en cualquier punto del anillo de las válvulas auriculoventriculares. A pesar de que suele ser infrecuente como causa de muerte súbita, hay que ser cauto con los síndromes de Wolf-Parkinson-White asociados a antecedentes de palpitaciones y con

del QT largo, que se manifiesta con síncope, convulsiones, muerte súbita y, electrocardiográficamente, con una taquicardia ventricular polimórfica conocida como torsades de pointe y el síndrome de Brugada, que puede originar episodios de síncope, muerte súbita y, electrocardiográficamente, presenta un bloqueo de rama derecha asociado a una elevación del segmento ST en las precordiales derechas (V1 a V3).

Otras causas estructurales de muerte súbita cardíaca asociada al deporte

Entre éstas, se encuentran la miocardiopatía dilatada, la sarcoidosis cardíaca y la enfermedad cardiovascular hipertensiva y reumática. Su incidencia como causa de muerte súbita es prácticamente inexistente.

Ruptura aórtica

Igualmente, es muy poco frecuente como causa de muerte súbita. El mecanismo de ruptura de la aorta parece radicar en la debilidad existente en la arteria como consecuencia de una disminución de las fibras elásticas en la capa media. Esto se ha visto en deportistas afectados de síndrome de Marfan. Debemos sospechar esta enfermedad en deportistas de estatura alta con anomalías en la caja torácica, cifoescoliosis, aracnodactilia, alteraciones visuales y ectopia de cristalino.

Últimamente se ha descrito un caso de disección aórtica en un halterófilo que consumía cocaína y anabolizantes.

Fármacos y drogas de abuso

Algunos fármacos pueden producir muerte súbita por un alargamiento adquirido del intervalo QT. Entre estos fármacos se encuentran algunos antiarrítmicos, antidepresivos y neurolepticos.

También se han descrito casos de muerte súbita en individuos consumidores de heroína, cocaína y anfetaminas. Además, se ha dado algún caso de velocistas que han fallecido por muerte súbita atribuida al consumo de esteroides anabolizantes.

En la última década, la utilización de sustancias dopantes (sobre todo en algunos deportes de resistencia), como la eritropoyetina sintética (EPO), ha significado un incremento del riesgo de trombosis letales por un aumento de la viscosidad de la sangre de los deportistas que las utilizan.

Causas no cardíacas de muerte súbita en el deporte

Aunque la mayoría de muertes súbitas son de origen cardíaco, también se han descrito otras de origen extracardíaco, como pulmonares (estatus



Prueba de esfuerzo deportiva.

asmáticos, alteraciones del cartílago bronquial), golpe de calor, accidentes cerebrovasculares o reacciones anafilácticas inducidas por el ejercicio.

Muertes súbitas de origen indeterminado

Se han descrito casos de muerte súbita en deportistas sin antecedentes patológicos, sin alteraciones electrocardiográficas previas y sin hallazgos necrópsicos, pero relacionados con la práctica del deporte en entornos con una elevada temperatura ambiental y una humedad relativa alta, que podrían explicar la muerte por trastornos electrolíticos.

Conclusiones

Según los datos a nivel mundial, la incidencia de muerte súbita en el deporte es relativamente baja. No obstante, su incidencia real no es tan baja como podemos imaginar, ya que se contabilizan únicamente los casos más resonantes de deportes de concurrencia masiva, dejando de contabilizar los deportes menos practicados o los practicados con fines recreativos.

Se ha publicado que 1 o 2 de cada 200.000 deportistas fallecen cada año, aproximadamente. Se sabe que la muerte súbita relacionada con el deporte es más frecuente en el hombre que en la mujer, en una proporción de 9 a 1, y que la incidencia de muerte súbita en deportistas es el doble que la de la población general.

En nuestro país todavía no se otorga la importancia que merece al examen médico de aptitud para la práctica deportiva, incluso a veces desde el propio colectivo médico. Es más, se ha publicado un estudio que conta-

1 ó 2 de cada 200.00
deportistas fallecen cada
año por muerte súbita

Algunas causas de
muerte súbita se
detectan con exámenes
de aptitud deportiva

Debemos estar alerta
ante palpitaciones,
taquicardia o disnea

biliza irregularidades o falsificaciones en más del 50% de las autorizaciones médicas en las licencias federativas, hecho que debe poner en alerta a los colegios profesionales.

Asimismo, es bien sabido que un número excesivamente elevado de revisiones médicas de aptitud deportiva no cumplen las recomendaciones mínimas exigibles de calidad, según las recomendaciones de las sociedades científicas, primando frecuentemente en estos casos los intereses económicos sobre la buena praxis.

Algunas causas de muerte súbita pueden ser difíciles de detectar y, por tanto, de prevenir. No obstante, buena parte de ellas sí pueden detectarse con exámenes de aptitud deportiva que cumplan las recomendaciones mínimas propuestas por las sociedades científicas reconocidas. Debemos permanecer especialmente alerta ante

síntomas como palpitaciones, taquicardia, dolor torácico, disnea, síncope y desmayos relacionados con la práctica deportiva.

Igualmente, debemos recomendar exámenes médicos de aptitud para la práctica deportiva a cualquier persona que haga una actividad física, también en el deporte recreacional, aficionado y en practicantes de más de 35 años, pues muchos de ellos, al no participar en la alta competición nunca han sido valorados previamente mediante un control médico-deportivo.

En España, a diferencia de Italia, la legislación deportiva deja que desear, pues únicamente recomienda, es decir, no obliga a que los deportistas pasen un examen de salud preparticipación. En Italia, el examen de salud es obligatorio, con una periodicidad anual, y obliga a realizar un electrocardiograma en reposo y estudios ergométricos y ecocardiográficos previos a la práctica deportiva de cualquier nivel.

Los médicos especialistas en medicina de la educación física y el deporte somos los “médicos de cabecera” del deportista, a la vez que constituimos el primer eslabón para realizar este examen de aptitud médico-deportiva a practicantes de cualquier nivel y condición (desde el deporte no reglamentado hasta el deporte profesional), asegurando una práctica deportiva saludable y velando por la salud del deportista, precisando a veces del apoyo de otros médicos especialistas en aquellos casos en los que así se requiere por las especiales circunstancias que puedan concurrir en un individuo, además de ser los principales asesores en materia de promoción de la salud a través del ejercicio físico.

Finalmente, creemos que es preceptivo reclamar a las autoridades sanitarias y deportivas la normalización de las prácticas preventivas en deportistas y practicantes de ejercicio físico, asegurando, en la medida de lo posible, una práctica saludable y la protección de la salud de la población, a través de la regulación de los exámenes médico-deportivos preparticipación realizados por especialistas convenientemente formados y aplicando de forma estricta unos protocolos cualitativamente aceptados por las principales sociedades científicas.

Dr. Fernando Pifarré San Agustín
Dr. Jaume Escoda Mora

Metges especialistes en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport del Centre de Medicina de l'Esport a Lleida. Consell Català de l'Esport

Dra. Helena Palacín Fornons
Metge especialista en Medicina de l'Educació Física i de l'Esport. Centre d'Estudis d'Alt Rendiment Esportiu de Barcelona. Consell Català de l'Esport

Algunos fármacos pueden producir muerte súbita por un alargamiento adquirido del intervalo QT

y un espasmo arterial, llevando todo lo anterior a la aparición de arritmias ventriculares secundarias a isquemia miocárdica aguda.

Con la práctica deportiva se presenta síncope, dolor torácico, palpitaciones y arritmias ventriculares. Muchas veces el diagnóstico de estas anomalías se realiza *post mortem*.

Miocarditis

No es una causa frecuente de muerte súbita en deportistas. Macroscópicamente, el corazón es normal. Histológicamente, se observa un infiltrado inflamatorio y necrosis miocárdica que pueden afectar al sistema de conducción y que terminarían produciendo arritmias fatales durante el ejercicio.

Puede ser asintomática, aunque

un período refractario corto. En la actualidad, tienen una soluciónasequible mediante la ablación de la vía anómala por radiofrecuencia.

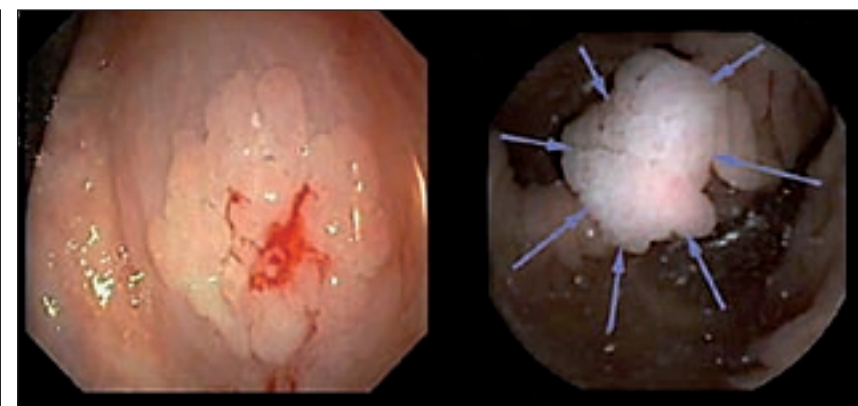
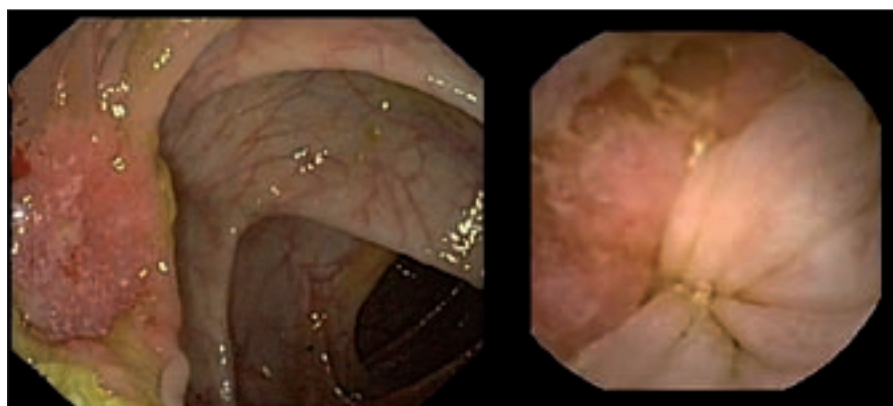
“Commotio cordis”

Originada por un impacto sobre la región precordial durante la práctica deportiva, desencadena una fibrilación ventricular, bloqueo cardíaco, ritmo idioventricular acelerado y asistolia. Es una causa muy rara de muerte súbita.

Arritmias en corazones estructuralmente normales

Suele tratarse de arritmias familiares en corazones estructuralmente normales en los que el sustrato patológico se encuentra a nivel molecular.

Entre ellas, destacan el síndrome



Utilidad de la cápsula endoscópica para el estudio del colon

El cáncer de colon (CCR) es una entidad curable si se diagnostica en estadios precoces, con una supervivencia a los 5 años que oscila entre el 70-90%. Sin embargo, a pesar de ser curable y prevenible, sigue siendo la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. El CCR puede considerarse prevenible, ya que generalmente se desarrolla a partir de adenomas de colon, y éstos pueden ser detectados y resecados mediante una colonoscopia convencional. Es lógico pensar, por tanto, que si se realiza un cribado poblacional con el objetivo de identificar adenomas de colon, éstos sean extirpados y se reduzca la incidencia de CCR. Sin embargo, aún no se ha conseguido lograr un programa de *screening* de CCR tan extendido y relativamente bien aceptado como el *screening* de cáncer de mama. El principal problema con el que nos encontramos es la baja adherencia (inferior al 50%) de los pacientes a estos programas. Probablemente, esta baja adherencia se deba a los inconvenientes que supone la colonoscopia convencional, que son principalmente el dolor, la necesidad de sedación y que, subjetivamente para el paciente, se trata de un procedimiento poco agradable. Por todo ello, y con el fin de optimizar los programas de *screening*, se han desarrollado nuevas técnicas que pretenden minimizar esos inconvenientes, como la colonoscopia



Cápsulas disponibles en el mercado (de esófago, intestino delgado y colon).

virtual y la cápsula de colon.

Cápsula de colon (PillCam Colon™)

La cápsula de colon (PillCam Colon™, Given Imaging) es muy similar a las cápsulas lanzadas anteriormente al mercado por Given (PillCam™ SB y PillCam™

ESO). Se trata de un dispositivo de 31 mm por 11 mm, con doble sistema de captura de imagen con el que se obtienen cuatro imágenes por segundo (dos por cabeza), durante aproximadamente diez horas de grabación. Está dotada, además, de otras mejoras técnicas, como un control automático de la luz y un aumento en los ángulos de visión (125°) y profundidad (40 mm). Una peculiaridad de la cápsula de colon es que se desactiva de forma automática durante algo menos de dos horas al principio de la exploración para ahorrar batería mientras la cápsula avanza por el intestino delgado.

El software (Rapid 5) también se ha mejorado con respecto a versiones anteriores, incluyendo la posibilidad de editar las imágenes modificando brillo, color y contraste. Incorpora, también, un nuevo sistema de localización para el colon para facilitar la ubicación de las lesiones colónicas.

Procedimiento

Uno de los puntos más importantes para un buen *screening* del CCR es que se pueda ver toda la mucosa del colon. Para ello, es imprescindible una buena preparación, ya que, de otra forma, pueden pasar desapercibidas lesiones importantes.

En el caso de la cápsula de colon, la preparación consiste en tomar 4 litros de PEG repartidos en dos días, tomando 3 litros la tarde antes de la exploración y el último litro la misma mañana. El procedimiento puede hacerse de forma ambulatoria, pero debemos comprobar la localización de la cápsula dos horas después de su ingestión mediante un visor de tiempo real. En función de su ubicación, se administra Fosfosoda (45 ml) con intención procinética.

Resultados

Hasta la fecha, se han completado dos estudios europeos y uno estadounidense que tenían como objetivo primario evaluar la capacidad de la cápsula para detectar lesiones colónicas, comparado con el *gold standard* (colonoscopia convencional). Los resultados

Imágenes de lesiones (neoplasia y pólipos) comparando las obtenidas mediante la colonoscopia convencional (izquierda) y cápsula de colon (derecha).

preliminares muestran que la sensibilidad de la cápsula para detectar pólipos de cualquier tamaño es de un 76%, con una especificidad del 100%. El VPP fue de 100% y el VPN, de un 83%. Si se tienen en cuenta únicamente lesiones significativas, es decir, pólipos mayores de 6 mm o tener más de 3 pólipos mayores de 3 mm, la sensibilidad es de

un 78%, la especificidad de un 76%, el VPP 82% y el VPN, 52%.

El estudio realizado en EE.UU. ha enfrentado tres técnicas de *screening* (la colonoscopia con cápsula, la colonoscopia virtual y la colonoscopia convencional). Se trata de un estudio con pocos pacientes y los resultados obtenidos muestran que la sensibilidad de la cápsula de colon es de un 83% frente a un 38% de la colonoscopia virtual.

Los objetivos secundarios de estos estudios fueron evaluar la calidad de la preparación del colon y la tasa de excreción de la cápsula. Se consiguió una limpieza buena o excelente en el

85% de los pacientes, con tasas de excreción superiores al 90%.

En relación con la seguridad, se trata de un procedimiento seguro, y únicamente un 1,6% de los pacientes fueron incapaces de deglutir la cápsula.

Podemos considerar que el *screening* mediante cápsula de colon es viable, efectivo y seguro. Permite, además, la exploración de todo el colon en la mayoría de los casos, así como la visualización del íleon terminal.

Dra. Cristina Carretero
Servicio de digestivo
Clínica Universitaria de Navarra




un donatiu
un soci

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

Fes-te soci. Faràs bé



C/Illes 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 82
La Caixa 2100 91010 91 8200085471

Nom: _____

Cognoms: _____

D.N.I.: _____

Telèfon: _____

Adreça: _____

Població: _____ C.P.: _____

Entitat Benèfica: _____

Desitjo col.laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:

25.000 ☐	mensual ☐
10.000 ☐	trimestral ☐
5.000 ☐	semestral ☐
☐	anual ☐

PRIMA: _____

Les teràpies de grup i els seus beneficis en la terapèutica de la salut

Estar en grup, coincidir en un grup, anar en grup o qualsevol altra manifestació que té lloc en una reunió d'individus no representa, en si mateixa, cap mena d'activitat terapèutica. D'altra banda, els grups esdevenen realitats socials impossibles d'evitar. A la dècada dels anys 30, als Estats Units ja es van donar les primeres experiències de tractaments mitjançant la reunió de diverses persones amb problemes semblants. Les experiències d'Alcohòlics Anònims en són un bon exemple. En aquella mateixa època, les experiències de tractament en comunitats terapèutiques anaven en aquesta línia.

En l'actualitat, ningú ja no dubta de la seva eficàcia i rendibilitat. El que caracteritza de manera essencial una situació de grup terapèutic és la interacció entre els individus. Les forces presents en la interacció dels individus fan que la realitat del grup sigui dinàmica i fluctuant en funció de la interdependència, les pautes, la seva estructura i els mateixos objectius individuals i grupals.

Definim un grup com el conjunt de persones que interactuen directament entre elles durant un temps relativament estable i que s'han reunit per obtenir un o diversos objectius específics. És a dir, a) Comparteixen necessitats i fites comunes; b) Es dona una interacció entre ells, i c) Es dona una relativa estabilitat.

El treball en grup, permet a) Adoptar decisions; b) Arribar a conclusions més riques i elaborades que les que deriven del pensament individual mitjançant l'experiència, la intel·ligència i l'aportació col·lectiva; c) Disminuir l'ambivalència i el risc d'equivocar-se en la presa de decisions; d) Ajudar a millorar habilitats en les relacions personals, i d) Facilitar l'intercanvi de coneixements i l'autoreflexió.

Són molts els beneficis dels tracta-

ments mitjançant les tècniques grupals, però, especialment, aquells que fan referència a la seva eficàcia (o, almenys, és equivalent a altres intervencions que n'impliquin una d'individual) i a la seva relació cost/benefici.

La millora, el guariment del trastorn o del problema és un procés que apareix per l'intercanvi d'experiències humanes. En aquesta relació terapèutica, evidentment, juga un paper essencial el professional de la salut en la seva qualitat de director, conductor o psicoterapeuta.

Aquestes relacions, dinàmiques i interaccions que ara hem esmentat

El guariment del trastorn és un procés que apareix en l'intercanvi d'experiències humanes

Dirigir un grup no vol dir tenir els pacients al davant i deixar que parlin i prou

són precisament les que faciliten el que anomenem factors terapèutics, i que permetran, també, al pacient: a) Induir i mantenir l'esperança: quan el pacient té elevades expectatives de rebre ajuda. Això s'observa molt clarament quan el pacient observa la millora en un altre membre del grup; b) Facilitar universalitat: disminueix la sensa-

ció d'aïllament quan l'individu observa que no està sol amb els seus problemes; c) Transmetre informació: permet l'intercanvi d'idees, de coneixements i d'experiències d'interès, i s'anima els membres del grup a participar-hi, aportant opinions sobre el tema. S'ensenyen mecanismes per afrontar situacions difícils i de risc (reduir l'estrès,

guanyar confiança, imitar conductes, etc.); d) Generar altruisme: els pacients acostumats a rebre ajuda, quan són ells qui la donen en el context del grup, també la reben pel sol fet de fer-ho; e) Desenvolupar tècniques de socialització: moltes vegades és la primera oportunitat per a un intercanvi personal adequat i segur, la qual cosa facilitarà la interrelació entre els seus

membres; f) Promoure un comportament imitatiu: els membres es beneficien de l'observació de la teràpia de l'altre pacient amb problemes similars. S'aprèn del problema, però també de la seva solució; g) Crear catarsi: quan la persona es pot expressar sense por de la censura, crea una sensació d'alleugeriment emocional; h) Cohesionar: quan els membres s'accepten i

es donen suport mútuament de manera cordial, amb confiança i comprensió empàtica, i i) Aprendre dels altres: és un factor complex i poderós, en el qual la persona aprèn patrons de comportament dins el microcosmos social que és el grup.

No tots els grups tenen la mateixa estructura; igualment, dirigir un grup no vol dir tenir els pacients al davant i deixar que parlin i prou. La mecànica i la construcció són temes complexos. D'una banda, podem parlar de grups psicoeducatius, quan existeixen unes activitats per desenvolupar que tenen uns objectius molt concrets i s'apliquen a través d'una metodologia específica, amb una estructura en les sessions que acostuma a promoure la participació activa dels assistents. El conductor del grup dona instruccions concretes sobre tècniques i continguts. Per exemple, un grup psicoeducatiu sobre estratègies per evitar embarassos no desitjats, per deixar el tabac, per aprendre a injectar-se insulina, etc. També podem realitzar grups psicoterapèutics-dinàmics, que van adreçats a problemàtiques que requereixen més temps i un abordatge de la malaltia més ampli. És el cas, per exemple, de les malalties mentals, com els trastorns d'ansietat, o de l'humor, addiccions, trastorns alimentaris, etc. També són molt efectius en altres poblacions, com persones amb VIH, amb càncer o víctimes d'abusos sexuals. No cal dir que poden anar dirigides a diferents grups d'edat i cal, per a la seva direcció, un important nivell de preparació.

Els pacients s'han de sentir còmodes i integrats dins l'espai i el temps del grup; a la vegada, han de valorar el grup com una tècnica molt important en el seu procés de canvi i de millora de la seva salut. Perquè això sigui possible, el grup ha d'estar guiat pel terapeuta, que és qui coordina i dirigeix el grup. Tothom pot ser un bon terapeuta? Els estudis diuen que calen una sèrie d'habilitats, unes d'intel·lectuals (competències tècniques i coneixements) i altres de més personals (capacitat de crear una atmosfera adequada, merèixer la confiança del pacient i l'interès per ell i el seu cas).

En definitiva, hem d'entendre la psicoteràpia de grup com una estratègia molt estructurada, aplicable a diverses patologies, i que ha de permetre un important suport a la tasca del metge en benefici dels seus pacients.

Abella, Francesc; Cobo, Marta; Garriga, Teresa; Reyes, Sílvia; Vilarasau, Assumpció.

Servei de Salut Mental i Drogodependències. Hospital de Santa Maria, Lleida



L'Hospital de Lleida durant el bienni 1877-1878

Després del Sexenni democràtic, iniciat amb la revolució La Gloriosa del setembre de 1868, es va instaurar l'època de la Restauració, començada el 1875 (un cop acabada la Tercera Guerra Carlina) amb el regnat d'Alfons XII.

L'any 1885 va morir el rei Alfons XII i el 1898 va haver-hi una profunda crisi, coneguda com el Desastre de 1898.

Ens centrarem, principalment, en el temps en què va ser alcalde de la ciutat el doctor Josep Oriol Combelles i Navarra, és a dir, des del 16 d'agost de 1877 fins al 25 d'octubre de 1878. Acabarem l'article amb el relat d'un conflicte que, iniciat el 1868, va afectar l'hospital i no es va resoldre fins al 1885, un any després de la mort del rei Alfons XII.

1877

El Sant Hospital de Lleida tenia la condició d'asil benèfic.

Atenent la petició que el director de l'hospital havia fet l'1 de setembre de 1877, el 19 de setembre, l'Ajuntament va acordar reparar els sostres de la sala de cirurgia, l'estat precari dels quals va ser avalat pel mestre d'obres i pel president de la Comissió de Beneficència.

El 5 d'octubre es va acordar pagar al doctor Aran, metge de l'Hospital Civil, els honoraris dels treballs extraordinaris que se li devien i que havia reclamat. Aquests treballs pujaven 125 pessetes.

Atesa la reclamació de la Comissió de Beneficència, el 12 d'octubre es va decidir entregar a l'hospital una taula escriptori que sempre havia estat en una de les habitacions del centre i que aleshores es trobava a la secretaria de l'Ajuntament.

Un conseller va proposar que seria útil i convenient que es construïssin una o dues anganilles o capirons per a la conducció de cadàvers i que s'establís un arbitri destinat a les atencions de l'hospital amb els rendiments que produïssin aquests aparells. El 26 d'octubre, la Comissió de Beneficència va decidir estudiar aquest assumpte amb la finalitat de proposar el que s'estimés més procedent.

El 30 de novembre, l'esmentada comissió va acordar construir quatre

escaños o *andas*, dos per a pàrvuls i dos per a adults, que reunissin les qualitats necessàries per transportar cadàvers; i que l'arbitri que, en aquest cas, podria crear-se seria, únicament, per als enterraments en els quals els morts fossin transportats a espallles (vulgarment a capirons); i que, en aquest cas, haurien de pagar una quantitat igual a la que es pagava per al llogater de la berlina de segona classe.

La tarda del 3 de desembre, va caure una dona al riu en presència de molta gent i un tal Nicolàs Trellisó es va tirar a l'aigua des del vehicle que conduïa i la va salvar. La dona era una tal Rosa Solano Borrell, natural d'Almenar, criada de servei a la casa de Joaquim Mensa, de Lleida.

Aquell home, l'any anterior, havia salvat dues persones al riu. L'Ajuntament el va voler gratificar i va escriure al governador civil perquè aquest demanés al rei que se li imposés la Cruz de Beneficència. També havia salvat altres persones al canal. Es va aprovar la proposició de l'alcalde, a qui es va facultar perquè li fes el regal que cregués oportú, en lloc de gratificar-lo amb diners, que podria rebutjar.

El 21 de desembre es va decidir gratificar-lo amb 500 pessetes, perquè va preferir diners i no un regal.

Poc temps després, el bisbe va convidar l'Ajuntament a les honres fúnebres que es farien a la Catedral el 16 de febrer de 1878 per la mort del papa Pius IX.

En aquells dies, es va saber que el rei Alfons XII havia determinat contreure matrimoni amb la seva cosina, Maria de las Mercedes d'Orleans, motiu pel qual, el 4 de desembre, el doctor Combelles va felicitar el rei.

El 21 de desembre, el governador civil Jeroni Rius i Salvà es va presentar al saló de sessions de l'Ajuntament per dir que aquest havia de preparar els festejos que es volguessin tributar al monarca, encara que fos a costa de pocs sacrificis per la manca de recursos amb què es trobava el municipi; i també va manifestar la conveniència que la corporació designés uns consellers per formar part de la junta especial de festejos que havia de funcionar sota la seva presidència.

L'Ajuntament, de seguida, va acordar



Imatge de la sala d'homes de l'hospital.

començar la col·locació de la canonada general per a la conducció d'aigües i dur a terme la constitució d'una font de veïnat a la plaça del Seminari nou o al punt que es considerés més adequat, el mateix dia en què s'efectués l'enllaç del rei.

1878

L'11 de gener es va aprovar el projecte dels festejos que es farien els dies 23, 24 i 25 de gener per celebrar la boda del rei. El 23 es va adornar la façana de l'Ajuntament amb un magnífic dossier amb els retrats dels reis i els gegants van recórrer els carrers al so de la dolçaina i els tamborins; i el mateix van fer les comparses de balls populars amb les seves músiques en direcció oposada; la banda de música popular va tocar algunes peces variades i a l'Ajuntament es van repartir 626 pans d'una lliura de pes entre els pobres de la ciutat i, entre els també pobres però reclusos a les presons, es va repartir la mateixa ració amb dos rals a cadascun. Es van soltar alguns coloms i es van lliurar al públic diferents poesies al·lusives a l'enllaç reial. Es van fer les corrides de la cordera i

dels polls, la primera des de la font de Gardeny fins a la plaça, davant de la casa de Jaume Bufalà, i la segona, a partir de la porta de Sant Antoni, fins al mateix punt; i també el joc de la cuanya i el de la paella, tant a la plaça de la Sal com a la dels Quarters i a la de la Llibertat. El cos municipal es va dirigir a la Santa Església Catedral, presidit per una banda de música, gegants i comparses de balls populars per assistir al solemne Te Deum que es va cantar en acció de gràcies per l'enllaç del rei. Durant tot el dia, van quedar adornats els balcons i les finestres amb penjolls i, a la nit, i des de les set fins a les dotze, hi va haver il·luminació general.

El dia 24 es van fer els mateixos festejos i, a més, el joc de l'anell al passeig de Ferran o carrer de Cabrinety, i també es va donar la mateixa almoïna entre els pobres i els presos pobres a les presons de la ciutat.

El dia 25 van continuar els festejos com el primer dia i es van afegir solament corrides de cavalls, que es van fer des de davant de la posada anomenada de La Calandria, al camí de Bell-lloc, fins al final de la carretera i punt d'entrada a la ciutat. L'Ajuntament va abonar 300 rals per al primer premi, 200 per al segon i 100 per al tercer.

Durant els tres dies, es van fer balls públics a l'envelat de la ciutat i l'Ajunta-

ment va distribuir dolços i altres objectes als nens.

L'1 de febrer, el doctor Combelles explicava els festejos sorprenents que es van fer a Madrid i l'excel·lent acollida que va tenir amb el tinent d'alcalde Ramon Villamur, que l'acompanyava. Les despeses del viatge van pujar 501 pessetes i 25 cèntims i les despeses amb motiu dels festejos públics amb què el municipi va celebrar l'enllaç reial van pujar a 3.650 pessetes i 59 cèntims.

El 22 de febrer es va llegir una extensa memòria presentada per la Comissió de Beneficència encaminada a demostrar la necessitat que l'Ajuntament proveís, definitivament, l'assistència mèdica i quirúrgica de l'Hospital Civil.

Conformant-se en tot amb el parer de l'esmentada comissió, l'Ajuntament va acordar que els metges cirurgians de l'hospital, Sebastià Aran Planella (viví al número 27 de la plaça de la Constitució) i Carles Mostany Castanera, tinguessin a càrrec seu tots els malalts, tant de medicina com de cirurgia, i visitessin per torn de facultat i de temps ambdues classes de malalts. Això comportaria que, durant els sis primers mesos de l'any natural, des del gener fins al juny, ambdós inclosos, el doctor Aran assistiria els malalts de medicina i el doctor Mostany els de

cirurgia; i des de juny fins a desembre ho farien a la inversa. La dotació, que seria la mateixa per als dos facultatius, es va fixar en 750 pessetes per a cadascun, per tal que entre els dos no se superessin les 1.500 pessetes que s'havien consignat en el pressupost per a aquest servei.

En aquells dies, l'Ajuntament també tenia cura de la presó de la ciutat. El doctor Combelles va presentar el projecte del pressupost carcerari del partit judicial per al període 1878-1879, que ascendia a 143.536 pessetes (despeses i ingressos), 1.000 pessetes de les quals es van consignar a remunerar el servei dels metges forenses. El 12 d'abril es va aprovar per unanimitat aquest pressupost.

El mateix doctor Sebastià Aran va ser nomenat metge forense del partit judicial, nomenament que agraïa a l'Ajuntament el 14 de juny.

El 10 de maig es va decidir sobre la petició que havia fet Josep Puyol de Reales, resident al 39 del carrer de la Tallada. Aquest home desitjava contribuir personalment en les cases benèfiques de la província, activitat que practicava des de feia molts anys, amb la finalitat de consolar els desemparats acollits en aquests centres. Per aquest motiu, va demanar que se li concedís algun càrrec gratuït per poder visitar aquests establiments i contribuir a conservar la moral més sana i estudiar de prop les necessitats més urgents.

La corporació, tenint en compte que a la plantilla del personal de l'hospital no hi figurava el càrrec que sol·licitava pel fet de dur-lo a terme directament els consellers, va decidir, d'acord amb el parer de la Comissió de Beneficència, contestar a Puyol que no se'l podia complaure, però que quan volgués podia visitar, com a simple particular, l'asil benèfic els dies i les hores que estava obert al públic en general; se li permetria també, amb el mateix caràcter particular, fer les observacions que estimés oportunes a la Comissió de Beneficència quant a la marxa i règim que se seguia en l'esmentat establiment per als efectes escaients.

El 24 de maig es va deliberar sobre l'escrit que el president de la Comissió de Beneficència, Joan Pedrol, va adreçar a l'Ajuntament. En aquest escrit, deia que l'experiència demostrava que els establiments de beneficència, com l'Hospital de Santa Maria, només podien confiar la seva direcció a una persona coneixedora del que eren aquests sants asils, sobretot si el que es volia era aconseguir una marxa ordenada i pacífica de la casa.

A més, ja que l'hospital comptava amb dos facultatius, als quals se'ls remuneraven els serveis d'una manera regular i proporcionada, creia que podria encarregar-se la direcció a un d'ells sense augmentar, per això, el sou que es tenia ja consignat en pres-

supost. D'aquesta manera, s'arreglaria el que reclamava l'hospital.

També va proposar que si s'acceptava la idea es podria designar per a aquest càrrec el doctor Carles Mostany, cosa que va semblar bé a la corporació.

El 31 de maig, la corporació va aprovar les reformes indispensables que calia fer a l'edifici de l'Hospital Civil i Militar, tal com havia proposat la comissió administrativa del centre. Entre aquestes obres, n'hi havia una que afectava no solament la solidesa de l'edifici, sinó també l'ornament públic. Es tractava de la situació de les latrines per al servei dels militars malalts, la variació de les quals la reclamaven continuament la higiene i la dignitat de la classe desvalguda que s'hi albergava.

La comissió es va proposar també dotar d'aigua potable l'edifici, fer un departament per als oficials i un dormitori per als sanitaris; amb tot això, l'establiment guanyaria molt i els rendiments serien més grans per al ram de guerra. Tot això, segons un conveni tàcit que ja s'havia establert amb un dels principals caps de sanitat militar.

El 7 de juny es va acordar pagar una despesa incorrecta i apercebre el capellà de l'establiment Antoni Mur, en el sentit que s'abstingués d'actuar pel seu compte. El cerer Miquel Murillo Farran havia demanat l'abonament d'una quantitat de cera que havia facilitat a l'hospital per encàrrec de l'esmentat capellà i que pujava a 81 pessetes i 51 cèntims.

El president de la Comissió de Beneficència va considerar que solament es podia abonar aquesta suma per equitat, si es tenia en compte que el capellà de l'hospital no tenia facultats per manar fer aquesta classe de despeses sense previ coneixement de la comissió.

El mateix dia, aquesta va manifestar les raons per les quals tenia manca de recursos per atendre les crescudes despeses que ocasionarien les obres de reparació que s'havien de practicar properament a l'Hospital Civil i Militar i les que ocasionarien la dotació del cabal d'aigua potable suficient per als dos departaments. Es va acordar concedir gratuïtament 6 plomes d'aigua per atendre aquests departaments, al mateix temps que es permetria utilitzar en aquestes obres els materials útils que es necessitessin i que existissin emmagatzemats a les dependències de la corporació.

També, amb la finalitat d'atendre les necessitats urgents que pesaven sobre l'hospital, el 14 de juny es va aprovar la proposta que va fer la Comissió de Beneficència de vendre els cupons vençuts de les làmines pròpies de l'asil, que produïen un interès d'un 3% anual i ascendien a 881 pessetes. El mateix dia s'aprovava la proposició

de la comissió de llocs públics per a la venda de les diferents matèries, de manera que els forasters podien vendre oli a la Catedral (davant de l'hospital), lloc on també es podria vendre sardines i objectes de fang (càntirs) d'esquena al lloc destinat a la venda de verdures.

El capellà de l'hospital va comunicar per escrit a l'Ajuntament que es veia impossibilitat de complir els acords que la corporació li havia comunicat amb els oficis de 20 de juliol de 1876 i de 21 de juny de 1877, referents a portar el registre d'entrades i de sortides de malalts. En tot cas, acceptaria portar aquest registre si les ordres anessin dirigides a ell mateix, perquè, en el seu cas, li poguessin servir de resguard.

D'altra banda, va manifestar que no tenia ganes de continuar amb aquestes funcions, oposades en determinades circumstàncies al seu propi caràcter. A més, li consumien temps que podria utilitzar en coses del seu ministeri espiritual.

A més, no podia portar amb regularitat aquest servei si li faltaven les esmentades ordres que, segons ell, retenia Josep Serra Dolcet. Per aquest motiu, va ordenar que no es col·loqués cap malalt al llit sense que se li entregués prèviament la papereta d'ingrés.

Davant d'aquest escrit, la Comissió de Beneficència, en la sessió del 14 de juny, va considerar que el capellà s'havia extralimitat en les seves facultats i s'havia atribuït unes funcions que no tenia. Per aquest motiu, va decidir comunicar-li que, en el futur, s'abstingués de tot servei que no fos el del seu sagrat ministeri i que entregués al director, el doctor Mostany, el llibre registre d'entrades i de sortides i tots els papers i documents que obressin en el seu poder.

La comissió també va manifestar que el capellà, sense cap atribució, ordenava a la superiora que no entregués roba als malalts de nova entrada mentre ell no rebés les paperetes, que arxivava en lloc de col·locar-les a la capçalera del llit dels pacients. Aquesta manera d'actuar produïa alguns disgustos i no poques molèsties als malalts.

Tot això ho feia a la seva manera, sense consultar l'esmentada comissió per als efectes oportuns. A més, acusava el vigilant Josep Serra Dolcet de retenir les ordres d'ingrés sense ser cert, ja que constava que aquest feia l'entrega d'aquestes a la superiora.

La comissió va considerar que les objeccions i els obstacles que presentava el capellà eren habituals i ocasionaven el desprestigi de l'asil. Per això era del parer que el municipi trenqués de soca-rel aquests abusos.

Es va acordar rellevar Antoni Mur de totes les funcions que

practicava alienes al càrrec de capellà des del 7 de juliol de 1876.

No obstant això, se li conservaria tota la dotació que tenia en pressupost per als honoraris del seu càrrec espiritual i se li ordenaria que entregués, sota inventari, tots els documents que tenia en el seu poder pels càrrecs que havia desenvolupat abans del nomenament del doctor Mostany, amb la finalitat que aquest distribuís el servei de la manera que considerés més convenient per al bon règim de l'asil. El 22 de juny, el doctor Mostany havia participat a l'Ajuntament que s'havia fet càrrec de



Imatge de la Verge de l'entrada de l'hospital. A la dreta, façana de l'antic hospital, ara seu de l'IEI

la direcció de l'hospital.

Pocs dies després moria la reina Maria de las Mercedes d'Orleans i de Borbó. Els consellers, tan aviat com van saber la notícia, el vespre del dimecres 26 de juny, es van dirigir al despatx del governador a pregar-li que elevés al tron l'expressió del profund sentiment de l'Ajuntament.

La Diputació va invitar l'Ajuntament a les honres fúnebres que se celebrarien a l'església de la Casa de Misericòrdia el 17 de juliol. Al mateix temps que es va acordar assistir-hi, i a proposta del doctor Combelles, es va resoldre que una comissió formada per ell mateix i pels consellers Roca, Molins i Claramunt, parlaria amb el Capítol de la catedral per posar-se d'acord sobre els funerals que, com la Diputació, també costejaria l'Ajuntament. Aquestes honres fúnebres van sumar 1.556 rals i 17 cèntims, la meitat de les quals pagaria l'Ajuntament.

El 22 d'agost moria a Le Havre

(França) l'àvia del rei, la reina Maria Cristina de Borbó.

El 23 de juliol hi va haver un incendi a les cases contigües a l'hospital, els predis de les quals corresponien al seu patrimoni. El doctor Combelles es va personar al jutjat municipal per fer constar el fet i demanar-li que s'expedís la corresponent certificació per remetre-la en el termini de 24 hores a la companyia d'assegurances La Catalana, tal com estava estipulat en la pòlissa.

El perit de la companyia d'assegurances Agapito Lamarca es va posar d'acord amb el perit de l'Ajuntament i van acordar fixar el valor dels danys en 3.250 pessetes amb la condició que tota la fusta deteriorada pel foc, però servible per a la companyia d'assegurances, se la quedés aquesta.

En aquell temps, un problema sanitari de molta importància era la verola. El doctor Combelles va informar que els facultatius de Beneficència havien començat a vacunar. Però volia que s'adquirissin tres paquets de cristalls de limfa procedents de l'Institut Mèdic Valencià amb la finalitat de compa-

rar-ne els resultats amb els dels tubs que s'havien utilitzat. El 23 d'agost es va acordar adquirir l'esmentada limfa valenciana.

El mateix dia, a iniciativa de l'alcalde i amb l'objecte d'atendre com més aviat millor les necessitats urgents de la salubritat pública, es va aprovar la constitució de la Junta Local de Sanitat formada, com a president, pel doctor Combelles i, com a vocals, pels doctors Sebastià Aran Planella, Carles Mostany Castanera, Antoni Abadal Grau, Joan Blavia Codolosa, Manuel Perenya Puente, Josep Sol Torrens i Agustí Biscarri Soteres.

En un altre camp, com a conseqüència dels dubtes que havia suscitat l'assumpte dels enterraments de cadàvers, el 4 d'octubre el doctor Combelles va proposar una sèrie de drets que havien d'assistir els enterradors pels cadàvers que conduïssin "en andas" (vulgarment, "capirons"):

"Andas a hombros", vulgarment, "capirons". Per traslladar un cadàver fins a l'església, 4 pessetes, de les quals 2 corresponien a l'hospital i les altres 2 als enterradors.

Pel mateix fins al pont, 8 pessetes: 2 per a l'hospital i 6 per als enterradors.

Pel mateix fins al cementiri, 16 pessetes: 2 per a l'hospital i 14 per als enterradors.

El 25 d'octubre, la Comissió de Beneficència va proposar que es conferissin poders a l'agent de negocis de Madrid Josep Bonaventura Gómez, perquè s'encarregués del cobrament d'un crèdit que pertanyia a l'Ajuntament i que procedia del llegat que va fer a l'hospital municipal el reverend Francesc Galanter, antic rector de Benavent de Lleida.

Al final, cansat de les pretensions del capellà de l'hospital, l'Ajuntament va decidir destituir-lo del càrrec. El 18 d'octubre, el capellà va fer una instància on demanava que se li reintegrés la quantitat que figurava en el compte que havia presentat el 3 d'agost últim i que corresponia a les 90 honres fúnebres de pagament que havia celebrat des del gener de 1875.

A més, volia que se li entregués amb mensualitats anticipades la quantitat anual pressupostada per al culte de l'església i portar ell mateix el corresponent compte d'ingressos i de despeses per a l'aprovació superior.

A la vista d'això, el 25 d'octubre l'Ajuntament va resoldre que no procedia l'abonament de la quantitat que reclamava i que fos separat del càrrec de capellà de l'establiment.

Ho va posar en coneixement de l'autoritat eclesiàstica i va disposar que, interinament, i fins que es designés la persona que havia de substituir-lo, s'encarregués de tan sagrat ministeri el prevere administrador del cementiri general, reverend Magí Fabregat Duch.

» 1886

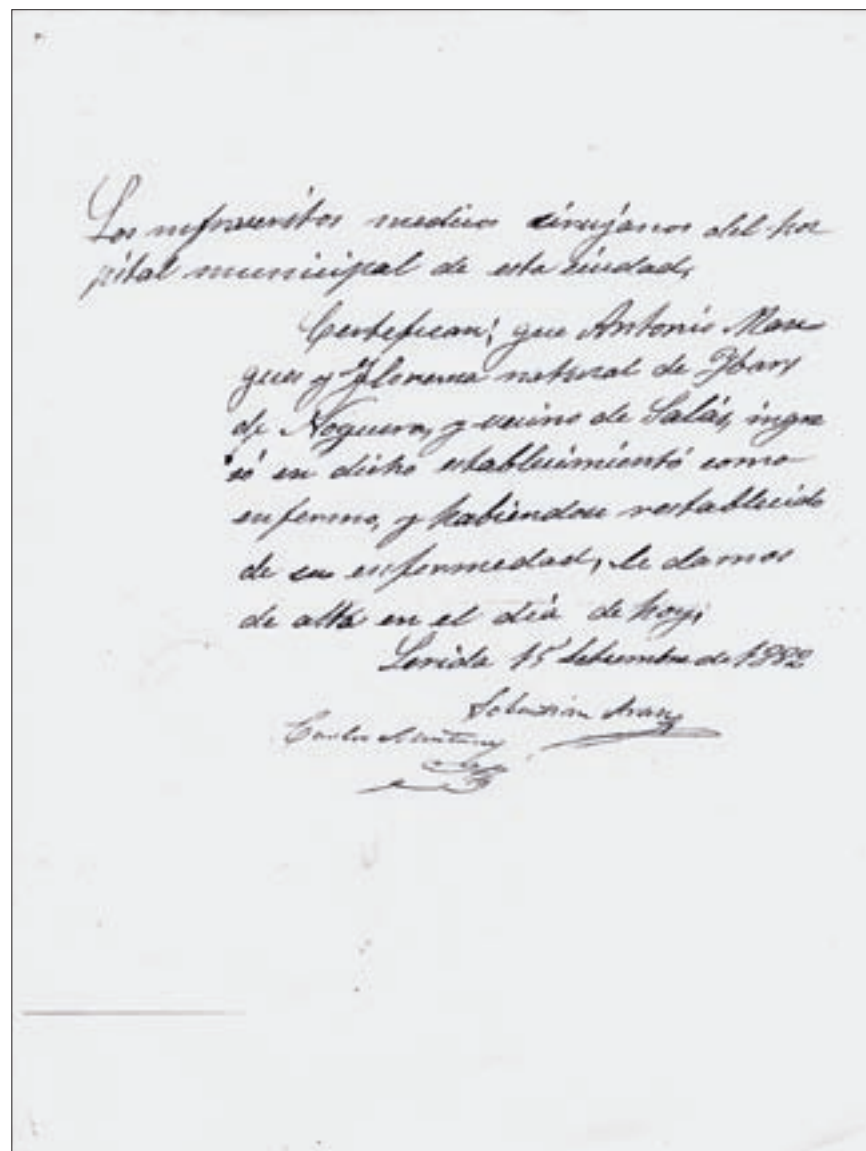
Una resolució o decret governatiu d'11 de juliol de 1868 havia declarat que corresponia al capellà de l'Hospital Civil fer la partida de defunció dels cadàvers que havien mort violentament (de forma intencionada o bé de forma casual), sempre que se'ls hagués practicat l'autòpsia al centre. En aquests casos el capellà percebria els drets d'enterrament i la resta de drets d'acostumats.

Aquest decret no va agradar als rectors de les parròquies de la ciutat perquè deixaven de percebre aquells drets. Això va ocasionar que el 16 de març de 1886 sol·licitessin al vicari general, Dr. Josep Antoni Brugulat i Gort, que es revoqués el decret, el qual, si bé respectaven per obediència, el consideraven repugnant.

El vicari va comunicar la queixa dels rectors al capellà de l'hospital, que, com és natural, es va oposar a la revocació de la resolució fonamentant-se, sobretot, en el fet que la pràctica de la inscripció dels cadàvers per part del capellà de l'hospital era un costum antiquíssim, confirmat per l'esmentat decret. En un principi, el ministeri fiscal va considerar que el decret era correcte, sobretot per la manca d'inscripció de partida. Pensem que les morts violentes succeïen generalment en persones greument lesionades que eren portades amb urgència a l'hospital, lloc on acabaven morint. No havien tingut la primera assistència (extremunció) del rector de la seva parròquia per manca de temps; ni aquest rector inscrivía la partida de defunció, perquè ja ho feia el capellà de l'hospital, lloc on moria la víctima.

A més, si bé el rector de la parròquia tenia el deure d'assistir els seus parroquians i, com a conseqüència, el dret de celebrar l'ofici de sepultura i funerals, aquest dret no era absolut: quant als hospitals, podia estar limitat per rescripte pontifici (resposta del Papa escrita a continuació de súpliques amb les quals se li demana algun privilegi o dispensa) i pel costum.

D'altra banda, era doctrina d'autors moderns que els capellans d'hospitals, presons i hospicis no tenien drets parroquials ni quasi parroquials a Espanya, excepte en els casos en què gaudissin de privilegi reial o excepció, com l'Hospital d'Italianos de Madrid. Aquesta doctrina semblava que es fonamentava en l'article 25 del Concordat (conveni sobre assumptes eclesiàstics que el Govern d'un Estat fa amb la Santa Seu), en el qual es deia que els coadjutors (eclesiàstics que tenen títol i gaudeixen de dotació per ajudar el rector de la parròquia en la cura d'ànimes) i dependents de les parròquies i tots els eclesiàstics destinats al servei d'ermites, santuaris, capelles públiques o esglésies no parroquials, dependran



Certificat mèdic de l'època signat pels doctors Aran i Mostany

del rector parroquial del seu respectiu territori i estaran subordinats a aquest rector en tot allò referent al culte i les funcions religioses.

D'altra banda, el bisbe de la diòcesi podia destinar-hi un sacerdot perquè administrés els sagraments als malalts que habitaven a l'hospital.

També s'adaptava a un principi de dret, que en tots els casos en què el capellà de l'hospital administrés els sagraments a un malalt li competia el sepeli, els funerals i l'obligació d'inscriure la partida. Es va considerar que no hi havia raó justa que inclinés a concedir aquest dret al capellà de l'hospital quan l'individu entrés cadàver al centre, ja que l'autòpsia, de la mateixa manera que es practicava a l'hospital, es podria fer en qualsevol altre lloc.

Amb tots aquests arguments, el vicari general de la diòcesi va declarar, mitjançant un decret de 29 de maig de 1886, que correspondria al capellà de l'Hospital Civil administrar els últims sagraments, fer ofici de sepultura,

funerals i inscripció de la partida en el seu registre, de tots aquells malalts que entressin vius a l'hospital i no haguessin estat auxiliats espiritualment per un altre sacerdot, però que correspondrien els drets i les obligacions anteriors als rectors parroquials, si ingressessin ja cadàvers a l'hospital; així com també correspondrien a aquests rectors els esmentats drets i obligacions quan es tractés de ferits als quals el rector o un altre sacerdot, i no el capellà de l'Hospital, haguessin administrat l'extremunció com a conseqüència de les ferides abans d'ingressar a l'establiment.

El 4 de juny, aquest nou decret que anul·lava l'anterior de 1868, es va notificar als rectors de les parròquies de Sant Llorenç, Sant Andreu, Sant Joan i Santa Maria Magdalena.

Manuel Camps Surroca
Manuel Camps Clemente

NOTES

AML (Arxiu Municipal de Lleida). Actes 1877-1878

AML. Caixa núm. 1555



MutualMédica

Dels Metges
i per als Metges

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

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

Assegurances i serveis totalment exclusius.

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



www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com

¿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.

