

2n Congrés de la Professió Mèdica a Catalunya





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

Dr. Òscar Cubells
Terrassa. 41 anys

El conduïm pel millor camí

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

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

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES

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

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

BUTLLETÍ mèdic

Número 71, juliol 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 Matías-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: IBCE i Laurent Sansen

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

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

Donar veu als col·legiats

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya va celebrar, a Tarragona, el dia 6 de juny, el 2n Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya. El desenvolupament professional/carrera professional, la falta de metges, l'ètica de la política d'incentius als metges i la jubilació dels metges van ser els temes de debat, perquè es va considerar que tenen el màxim interès en la situació professional i sanitària actual.

L'objectiu d'aquest congrés, que deriva del realitzat a Sitges l'any 2004, és donar veu als metges i metgesses perquè puguin expressar les inquietuds i preocupacions de la professió en matèries clau del moment sanitari que estem vivint. Això permet establir com a resultat del congrés les recomanacions o propostes de millora que siguin l'expressió del col·lectiu mèdic del nostre país.

Els col·legis hauríem de ser crítics amb nosaltres mateixos i pensar i proposar per a propers debats i congressos, qüestions com la participació activa dels nostres col·legiats, no solament dels que són nomenats delegats, sinó de tot el col·lectiu mèdic lleidatà i català. Una altra qüestió important és com trametem el resultat del debat als metges i metgesses i, sobretot, a l'administració sanitària per tal de reflectir i poder millorar les matèries que s'han debatut. Matèries que preocupen molt en el dia a dia de la nostra activitat, perquè tracten temes concrets professionals, però, especialment, perquè tot deriva al destinatari final, el pacient.



SUMARI

Unitat d'arítmies de l'HUAV

Reportatge que explica que des del 31 d'agost del 2007 comencen a Lleida una sèrie de projectes i iniciatives en el camp assistencial de les arítmies que mai no s'havien pogut dur a terme. **18)))**

La diabetis tipus 1 o autoimmunitària, dels models animals a l'ésser humà

Els doctors Joan Verdaguer i Dídac Maurício ens introdueixen en l'endocrinologia d'avantguarda. **20)))**





Moment del lliurament dels Premis a l'Excel·lència Professional, acte presidit per la consellera Marina Geli

El COMLL col·labora i participa en el 2n Congrés de la Professi6 Mèdica de Catalunya

El Palau Firal i de Congressos de Tarragona va ser l'escenari del 2n Congrés de la Professi6 Mèdica de Catalunya el passat 6 de juny. La presidenta del COMLL, la Dra. Rosa Pérez, va formar part del comitè organitzador de l'esdeveniment com a vicepresidenta, juntament amb els doctors Miquel Bruguera i Eudald Bonet.

L'acte inaugural va anar a càrrec de l'alcalde Tarragona, Josep Fèlix Ballesteros, i del president del comitè organitzador del congrés i president del Col·legi de Metges de Catalunya, Josep M. Solé Poblet. Tot seguit, es va iniciar la primera ponència, *Sistema de desenvolupament professional del metge vs. carrera professional*. El president de la taula va ser el Dr. Eudald Bonet; el secretari, Hèlios Pardell, i entre els ponents hi havia els doctors Josep Pifarré, Arcadi Gual, M. Àngels Martos, Begoña Santana i la Dra. Beatriz Satué.

Entre les conclusions més destacades, els ponents van defensar clarament que el desplegament del desenvolupament professional continuat (DPC) pertany a les associacions



El Dr. Mur, segon per la dreta, va participar en una de les ponències



A la foto de dalt, d'esquerra a dreta, els doctors Puig, Pérez, Mari6n, Bergua, Pallerola i Jové. Al mig, els doctors Pérez, Brugal, Pérez, Solé i Pérez. A baix, els doctors Puig, Solé, Pérez i Mur

professionals (col·legis de metges i societats científiques) i en un context de regulaci6 compartida de professi6, als agents reguladors. Així mateix, van expressar l'acord que les associacions professionals i de manera molt especial els col·legis de metges, han d'aprofitar l'oportunitat que els dónaofereix el DPC per aprofundir en l'autoregulaci6 professional, àmbit que els és propi.

Un altre company lleidatà, el Dr. Mur, va ser un dels ponents de la taula *Fan falta més metges en el sistema sanitari català?* Després d'analitzar la situaci6 i els motius de la falta de professionals sanitaris, els ponents van exposar les previsions de futur i les propostes de millora, com reformar el sistema sanitari per estimular el metge a treballar més hores, passar activitats que tradicionalment fan els metges a altres professionals sanitaris o incrementar el grau d'autonomia dels metges en el sistema públic.

A continuaci6, la Dra. Rosa Pérez va presidir la següent ponència, *Ètica de la política d'incentius als metges*. En aquesta ocasi6, els ponents eren els doctors Morlans, Francesc Borrell, Josep Terés, Antonio Labad, Eduard Solé i Daniel Palomeras. Algunes de les recomanacions que van sorgir de la taula van ser el fet de recolzar les retribucions salarials dignes que permetin considerar el complement de retribuci6 variable com un incentiu econ6mic voluntari. En aquest context, uns incentius que reconeixen l'esforç individual i de l'equip o servei poden incrementar la justícia de les retribucions. També es va recomanar destinar una part de l'estalvi assolit amb el DPO a proveir els nous recursos de l'equip o servei que ha generat estalvi.

La última ponència, *La jubilaci6 dels metges. Quan i com?*, la va presidir el Dr. Josep M. Solé Poblet i hi van participar els doctors Miquel Vilardell, Jaume Padr6s, Joan Monés, Josep M. Bertran, José J. Fernández Martínez i Manuel Arcos. Algunes de les propostes que es van posar sobre la taula van ser implicar activament les organitzacions en la preparaci6 de la jubilaci6, realitzar una política activa orientada als professionals més veterans o la promoci6 de plans de pensions empresarials.

També es va recordar que els col·legis de metges i el mateix Consell de Col·legis de Metges de Catalunya han d'esmerçar esforços per endegar una estratègia efectiva capaç de canviar l'actual i general autoestima de la professi6 mèdica, més aviat malmesa. En aquest sentit, es va incidir a aconseguir que tothom sàpiga què és ser metge, quines responsabilitats implica, quines renúncies exigeix i quin reconeixement mereixen els metges, tant els que comencen l'exercici com els professionals que es jubilen.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries del 27 de maig a l'1 de juliol de 2008, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- El DOGC del dia 18 de juny de 2008 publica la resolució que declara l'adequació a la legalitat de l'adaptació dels estatuts del Consell de Metges de Catalunya i disposa la seva inscripció al registre de Col·legis Professionals de la Generalitat de Catalunya.

- S'ha nomenat membre del nou Plenari del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, per entrada en vigència dels seus nous estatuts, i en representació del Col·legi de Metges de Lleida, el Dr. Carles Querol Vela. La presidència del Col·legi és membre nat d'aquest òrgan.

- S'ha acordat la petició de dispositius, amb dispositiu Myfare, per a la propera distribució de la signatura electrònica en la seva primera fase.

- Reunió de la Comissió Col·legial d'Agresions al lloc de treball amb el fiscal en cap, Sr. Juan Boné, per avançar en la consideració de delictes l'agressió als metges.

- Reunió de la Comissió de Treball sobre l'ordenació mèdica on s'ha elaborat l'informe Les relacions entre centres assistencials: relacions entre hospitals a través d'un model en xarxa que fixa com a objectius: 1. Afavorir la continuïtat assistencial. 2. Millorar l'equitat del sistema, de manera que l'allunyament del domicili del malalt respecte als hospitals de més nivell de resolució no pugui representar un risc de rebre una atenció sanitària de menor qualitat. 3. Contribuir a un redisseny de les urgències per fer-les més eficients. 4. Permetre les ali-



Accés a la seu del COMLL sense barreres arquitectòniques

A finals d'estiu, està previst que es posi en funcionament el nou ascensor de l'edifici de la seu del COMLL, al qual s'hi podrà accedir des de la planta baixa. Amb aquestes reformes se suprimeix la barrera arquitectònica de les escales que impedia accedir amb facilitat a la seu del col·legi a les persones amb mobilitat reduïda.

Les obres es van iniciar a mitjans de maig i es preveu que estiguin enllestides a finals d'agost o principis de setembre. Els treballs són finançats per la comunitat de propietaris i tenen un cost aproximat de 80.775 €.

ances estratègiques entre hospitals per afrontar amb millors recursos la necessitat d'especialistes. 5. Facilitar la solució dels problemes de salut més complexos amb el mínim retard possible. 6. Ampliar el marc formatiu dels MIR i també la seva visió de com s'ha d'exercir l'especialitat. 7. Aconseguir espais per a la millor formació i promoció dels metges de **staff** que treballen en hospitals comarcals.

- Les seccions col·legials de metges jubilats i metges oftalmòlegs han renovat les seves juntes de govern en

el corresponent procés electoral, que queden configurades de la següent manera:

Jubilats (vegeu pàgina 10)
Oftalmòlegs:
Presidenta: Dra. Rosa María Roca Cortés

Secretari: Dr. Abel Salas Carrascón
Tresorera: Dra. Nieves Rosa del Agua López

Vocals: Drs. José Amado Ventosa Blasco, Joan Ramon Roca Cortés, Fernando Celada Escanilla, Maria Jesús Muniesa Royo i Antoni Montserrat García

- En l'assemblea general del Consejo General de Colegios Médicos del dia 31 de maig es va acceptar una proposta per a la precol·legiació dels estudiants de 3r, 4r i 5è de Medicina, i es va instar tots els Col·legis de Metges a articular aquesta situació i el Consejo General a la creació d'un grup de treball adscrit a la vocalia de metges postgraduats i/o en formació.

- S'ha rebut i avaluat un informe emès pel Consell d'Estat sobre el projecte d'Ordre del Ministeri de Sanitat i Consum que desenvolupa la disposició adicional de la Llei 29/2006 de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris. Aquest informe fa referència a la prescripció mèdica per a professionals diferents dels metges i dictamina que l'únic professional que pot prescriure medicaments és el metge.

- S'han contractat els serveis d'Aspros dins el ventall de serveis que ofereix per a la manipulació, classificació i distribució com a entitat col·laboradora de Correus, de la correspondència col·legial, per tal de millorar l'eficiència i rapidesa en la recepció.

- El Dr. Ramon Mur, vicepresident del Col·legi, va assistir, en qualitat de membre, a la reunió del Consell d'Administració de Medicorasse, en virtut dels acords signats amb el grup MED

- Assegurança de responsabilitat civil professional: s'ha renovat la pòlissa amb l'asseguradora Zurich per al període de l'1-7-2008 al 30-06-2011, i s'han incorporat unes millores en relació amb la pòlissa anterior (per exemple, un augment de la cobertura de fins a 750.000 euros per sinistre o 1.500.000 euros per al conjunt de sinistres en un any)..

El Govern atorga la Medalla Josep Trueta al mèrit sanitari a Gerard Masllorens

El passat 5 de juny, el Govern de la Generalitat va atorgar una de les medalles Josep Trueta al mèrit sanitari a Gerard Masllorens Vilà. L'acte de lliurament es va fer al Palau de Pedralbes de Barcelona. Va recollir la medalla la vídua del Dr. Masllorens, Begoña Garcia. Aquests guardons honoren les persones i entitats que han destacat per la seva contribució i pels serveis prestats a la millora de la sanitat.



Begoña Garcia va recollir el guardó



Tots els guardonats amb la consellera Marina Geli

El Departament de Salut també reconeix la tasca de la CAMFiC

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) també ha vist reconeguda la seva trajectòria amb el guardó Josep Trueta. La conselleria de Salut va explicar que la concessió de la placa a aquesta institució es per la dedicació i el compromís amb la millora de la qualitat de vida dels ciutadans i ciutadanes de Catalunya. La CAMFiC, amb 25 anys de trajectòria, té 3.800 socis i 37 grups de treball i és un referent de la medicina de família i de l'atenció primària.



Medalla atorgada a la CAMFiC

L'empremta de Gerard Masllorens

Gerard Masllorens i Vilà va néixer l'1 de maig del 1970 a Caldes de Malavella.

Va estudiar la carrera de Medicina a la Facultat de Lleida, on es va llicenciar. Va fer un Erasmus a Milà. Com a especialista, dubtava entre medicina de família, medicina interna o neurologia, però al final va optar per la primera i va tornar a les seves terres de Girona durant el MIR. Es va formar a l'ABS de Salt i a l'Hospital de Palamós. Li interessaven totes les facetes de la medicina, estava àvid de coneixements. Des de les emergències fins a la planta, de la consulta al CAP, fins als domicilis... Exquisit en el tracte amb el pacient i amb els companys, va deixar empremta en tots ells pel seu "bon fer". Es va casar l'abril del 2002 i va tornar a Lleida per acabar la residència, concretament a l'ABS del Pla d'Urgell, a Mollerussa. Després va estar un any i mig a Urgències de l'Hospital Arnau de Vilanova. A començaments del 2004 va tornar a la primària, en concret com a director de l'ABS de Bellpuig. Atenia població d'aquesta localitat i de Preixana, i va començar a desenvolupar la seva faceta de director a l'ABS i als comitès i grups de treball en els quals participava. *La Vanguardia* li va fer una entrevista perquè expliqués les seves vivències com a metge rural. A finals de maig del 2007, es va incorporar al Servei d'Atenció Primària Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell com a coordinador mèdic de qualitat i avaluació assistencial. Va destacar sobretot en la feina duta a terme com a nexa d'unió entre la primària i l'hospital. Va liderar diferents projectes de coordinació entre nivells assistencials; digestiu, neurologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, cardiologia... Participava activament en el grup de la CAMFiC de pneumologia i, juntament amb altres companys, estaven edegant un estudi multicèntric a les terres de Lleida sobre el pacient fumador "pre-MPOC". Va formar part activa en la consolidació del grup de recerca de primària de l'àmbit Lleida.

Apassionat de la música, formava part d'una coral a l'Auditori de Lleida i no desaproveitava l'ocasió si podia escapar-se a alguna òpera.

La seva passió eren la Begoña i les seves "nines", l'Anna i la Laia, i el seu fill, ara de pocs mesos, en Gerard, que no va arribar a conèixer.

Va morir el 21 de gener del 2008.



Moviment de col·legiats

ALTES

Mes de maig: Javier Álvarez Subiela (4269), Rosa María Palma Beltrán (4270), Ainhoa Sorolla Trasobares (4271), Maria Teresa Taberner Bonastre (4272), Sònia Gatiús Calderó (4273), Sara Gros Aspiroz (4274), Gabriel Belló Rodríguez (4275), Maria

Elena Herrero Crespo (4276), Marta Ortiz Enciso (4277), Rosa María Garcés Bordege (4278) Alba Ardevol Ribalta (4279), Rosa María Upegui Villegas (4280), Josep Maria Ballester Bellmunt (4281), Maria Isabel Ráez Gil (4282), Cristina Gas Ruiz (4283), Maria Montserrat Ruiz Caselles (4284), Maria Esther Vicario Izquierdo (4285), Eva González Farré (4286), Gonzalo José Romero Guzmán (4287), Ana Alonso Manzano (4288), Antonio Romero Lafuente (3480), Roberto

Romero Bocco (4289), Inmaculada C. Pablo Gimeno (3439), Mireia Biosca Pamies (4290), Leonardo J. Sánchez Herrero (4291).
Mes de juny: Jaime Pelegrí Gabarró (4292), Laura Melé Olivé (4293), Elma Maria Llobet Vila (3180) i Alessandro de Alencar Adamy (3944).

BAIXES

Maig: 9. Juny: 8

TOTAL COL·LEGIATS EL 30-06-2008: 1.600

Transformar les DPO en humanitat

Des de fa uns anys, l'Institut Català de la Salut volia introduir un nou sistema de retribució per als seus professionals basat en un sistema d'incentivació que va donar lloc a les DPO (Direcció Per Objectius). No pretenc avaluar el sistema de retribució, entre altres coses perquè aquest tema ja va ser debatut àmpliament i en profunditat en el butlletí número 65. Vull simplement exposar un plantejament que vol ser respectuós amb les sensibilitats que hi ha en aquest moment respecte a les DPO.

La història es remunta a la pròpia convicció que, malgrat que presta l'activitat professional retribuïda per una empresa-administració, la nostra professió és liberal i, per tant, comporta autonomia laboral i desenvolupament d'una activitat intel·lectual. Això implica professionalitat, humanitat, generositat, honestedat, coratge, responsabilitat, etc. com a vector comportamental. Per tant, treballar bé és implícit en la pròpia essència de la definició. No hi cap compensació per treballar millor en benefici del pacient. Perquè qui no desenvolupa la seva tasca amb prou diligència per causes que no siguin derivades de les mateixes limitacions personals ja queda exclòs del concepte de professional liberal.

Segons aquest plantejament, en què s'hi pot estar d'acord o no, malgrat que els resultats no siguin uniformes respecte als altres professionals, no necessàriament hauria d'implicar una retribució diferent per tal d'impartir equitat. En cas contrari, quan tindrem l'oportunitat de mostrar solidaritat, amistat, etc. vers els nostres companys? De què serveix omplir-nos la boca d'humanitat si no ens donem oportunitats per impartir-la? És a dir, la compensació no es tradueix en diners, sinó en valors, i qui fa tot el que pot no estaria obligat a més per sentir-se emocionalment bé. Al contrari, quan sota el pretext —i, moltes vegades, a l'emparedat del principi de justícia— de compensar econòmicament qui més treballa, fàcilment s'arriba a sistemes perversos perquè, si bé la capacitat de treball de la persona és limitada, l'ambició d'aconseguir més sol ser il·limitada, per la qual cosa és més fàcil caure en pràctiques fraudulentades i, en aquests moments, tots en coneixem unes quantes que, per a alguns, han suposat un increment substancial de la cistella de les DPO.

Amb aquesta convicció, i entenent, tal com diu el Dr. Miquel Buti en el seu article, que la participació en el joc de les DPO caldria que fos voluntària, així ho vaig decidir. Renunciar a les DPO sense renunciar a fer-ho el millor possible era factible; a la vegada, era

una expectativa de retorn als orígens. Retornar al privilegi d'exercir la medicina amb dignitat i amb l'humanisme que sempre ens ha caracteritzat, sense que determinades sensibilitats ja elaborades se sentissin traïdes, va sorgir una magnífica proposta: signar, d'una banda, les DPO, amb la condició de concedir la dotació econòmica a una ONG. I per qüestió de proximitat i afinitat es va escollir l'Associació Artesa de Segre Solidària, que col·labora amb la Fundació Vicente Ferrer a l'Índia i en reflecteix el fet al BUTLLETÍ MÈDIC com a mostra de disconformitat amb l'actual sistema de DPO.

Quan un traspassa, en el millor dels casos, l'equador de la seva trajectòria professional, com és el meu cas, hauria d'estar més preocupat a mantenir aquests valors que a enriquir-se amb petites misèries. Un fet que haurien de tenir en compte els mal anomenats gestors de la sanitat.

Però, vés per on, quan estava més convençut de la decisió presa, aquesta va entrar en conflicte amb altres interessos que eren absolutament aliens

al fet inicial i que no cal explicar. Així doncs, i amb l'objectiu de no perjudicar ningú, però al mateix temps sense que determinades sensibilitats ja elaborades se sentissin traïdes, va sorgir una magnífica proposta: signar, d'una banda, les DPO, amb la condició de concedir la dotació econòmica a una ONG. I per qüestió de proximitat i afinitat es va escollir l'Associació Artesa de Segre Solidària, que col·labora amb la Fundació Vicente Ferrer a l'Índia i en reflecteix el fet al BUTLLETÍ MÈDIC com a mostra de disconformitat amb l'actual sistema de DPO.

El motiu és complir una promesa a qui va ser el meu director de SAP, però sobretot company i amic en la tasca de l'exercici d'aquesta professió tan entrançable com és la medicina de família, el Dr. Gerard Masllorens.

D'aquesta manera, se soluciona, a la vegada, un problema, es compleix un compromís i les DPO es transformen en un objectiu humanitari.

Dr. Joan Clotet



El Dr. Joan Clotet lliura el xec a Sasi (membre de la Fundació Vicente Ferrer) i Joan Antoni Camats (president de l'Associació Artesa de Segre Solidària)

Joan Clotet col·labora amb l'Associació Artesa de Segre Solidària

L'Associació Artesa de Segre Solidària agraeix l'aportació del doctor Joan Clotet, metge del CAP de Ponts, que es destinarà a un nou projecte d'una zona rural de l'Índia. Els objectius d'aquesta entitat sense ànim de lucre són l'estudi, el desenvolupament i el finançament de projectes solidaris en

països del Tercer Món, especialment en els sectors de l'habitatge, la sanitat i l'educació. A més, dedica un especial esforç en la difusió dels valors solidaris i la seva importància en el desenvolupament d'un món més just i igualitari.

En la campanya 2008 *Transformem la societat en humanitat*, l'associació col·labora en el desenvolupament del poble d'Anantapur a l'Índia, situat a la regió d'Andhra Pradesh, on els intocables representen el 30% de la població.

Joan Antoni Camats i Llagunes
President de l'Associació Artesa de Segre Solidària

Premi a la millor unitat docent de Medicina Familiar i Comunitària

Els residents de la unitat docent de Medicina Familiar i Comunitària de Lleida van guanyar, el 9 de maig, el premi a la millor unitat docent perquè van ser els que van presentar més comunicacions en les XII Jornades de Residents de la SEMFYC (Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària). Aquestes jornades van tenir lloc a Logronyo i hi van assistir més de 500 residents de família de tot l'Estat.

Dels 363 treballs que es van acceptar, 35 els van elaborar residents de la unitat docent de Lleida i 13 d'aquests figuraven entre els 100 millors. En segon lloc, va quedar la unitat docent de Múrcia, amb 21 treballs, i l'Àrea 11 de Madrid en tercer lloc, amb 20 treballs. A més, Andrés Rodríguez Garrocho, resident de primer any de Lleida, va guanyar el premi al millor pòster en la categoria de cas clínic.

Manuel Sarmiento, resident de quart any i recentment nomenat vocal de residents de semFYC, afirma que "és increïble que quedin places vacants de medicina de família i, a més, a Lleida, on queda demostrat que és un bon lloc per formar excel·lents metges i on els residents són actius i estan motivats". Afegeix que "tot això és fruit del treball i de la motivació dels residents i els seus tutors".

El coordinador de la unitat docent, Eduard Peñascal, va assenyalar que cal felicitar tots els residents, ja que, a més de seguir el programa formatiu, les guàrdies a l'hospital i al centre d'atenció primària i les

activitats formatives, donen una empenta important al progrés de la medicina de família a les nostres contrades.

La unitat docent a Lleida compta actualment amb 30 tutors (18 dels quals estan doblement acreditats per l'ICS i l'Institut d'Estudis de la Salut, nombre màxim permès actualment), 6 centres docents (recentment reacreditats) i forma 40 futurs especialistes en medicina familiar i comunitària. A més, enguany els residents han iniciat una rotació rural en col·laboració amb més d'una dotzena de metges/sses col·laboradors/es a Maials, Seròs, Artesa de Segre, Ponts i Bellpuig, entre altres. Els residents actualment fan guàrdies al CAP de Balaguer, al centre de Mollerussa, al CAP de Rambla de Ferran i al de les Borges Blanques, a més de les que fan a l'Hospital Arnau de Vilanova, Salut Mental i als seus propis centres.

En la darrera adjudicació de places de la convocatòria MIR només van quedar cobertes tres places de residents de medicina familiar i comunitària a Lleida. La comissió assessora de la unitat docent considera que és urgent que la universitat (amb el compromís social que adquireix en la formació de totes les especialitats mèdiques) i les institucions col·legials iniciïn un procés conjunt de reflexió i de propostes a fi de prevenir la situació de manca de professionals en l'atenció primària actual i, sobretot, a mitjà termini.

Primera Jornada de Multiculturalitat i Salut a Lleida

El passat 5 de juny es va celebrar a Lleida la I Jornada de Multiculturalitat i Salut al Centre de Cultures i Cooperació Transfronterera, al Campus Universitari de Cappon (UdL). L'objectiu de la trobada era donar respostes a les noves demandes sorgides envers la immigració i la salut mitjançant taules rodones i discussions d'experiències, entre altres.

Així, al llarg del dia es va aprofundir i reflexionar sobre el coneixement sociocultural i sanitari de la població immigrada; es van presentar i analitzar diferents estratègies i programes d'intervenció sanitària amb el col·lectiu immigrant; es van conèixer de prop els mediadors sanitaris i com gestionar i resoldre conflictes professionals entre els sanitaris i els usuaris immigrants. Diferents professionals van participar en taules rodones, es van presentar síntesis teòriques i es van organitzar discussions d'experiències.

La trobada anava destinada a professionals i estudiants sanitaris i no sanitaris, professionals relacionats amb la immigració i persones interessades en aquest tema. També es van lliurar els premis als dos millors pòsters basats en experiències d'immigració i salut a Lleida.

La iniciativa estava organitzada pel Departament de Salut, la Secretaria d'Immigració del Departament d'Acció Social i Ciutadana, l'Institut Català de la Salut a Lleida i el Servei Català de la Salut. El COMLL també hi va col·laborar, juntament amb l'Ajuntament de Lleida, l'Associació Salut i Família, el Col·legi de Diplomats en Infermeria de Lleida, Medicus Mundi i la Universitat de Lleida.

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**

Manuel Pons pren el relleu a Emilià Astudillo en la presidència de la Junta de la Secció de Metges Jubilats

L'assemblea ordinària de la Secció de Metges Jubilats del COMLL, que es va celebrar el passat 11 de juny, va reunir 18 membres de la secció i va aprovar per unanimitat l'acta de l'assemblea anterior i el tancament del compte d'ingressos i despeses del 2007. En el torn de paraules, el ja expressident de la Junta de la Secció, el Dr. Emilià Astudillo, va comunicar que per motius personals havia pres la decisió, irrevocable, de no presentar-se com a candidat a la reelecció.

El Dr. Astudillo va afegir que era l'hora del seu comiat i va agrair l'ajuda i la col·laboració als metges i metgesses jubilats/des, als seus consorts i a les vídues dels metges, al president del Col·legi de la legislatura anterior, Dr. Xavier Rodamilans, i molt expressament a la presidenta actual, la Dra. Rosa Pérez; així com als membres d'ambdues juntes i a tot el personal tècnic del COMLL. Finalment, va dedicar de forma efusiva agraïments als doctors Sierra, Ventosa, Menen i Llobera per la seva assenyada ajuda en tot moment.

Per acabar, va demanar disculpes a aquelles persones que s'haguessin sentit disgustades per alguna de les coses en què ell no hagués estat a l'altura que se n'esperava. Un llarg aplaudiment i paraules molt afalagadores per part dels assistents van cloure l'assemblea.

Elecció de la nova Junta de la Secció

El mateix 11 de juny es va renovar la Junta de la Secció. Cal destacar que, tot i que els

NOVA JUNTA	
President:	Dr. Manuel Pons Juanati
Secretari:	Dr. Ramon García Gateu
Tresorer:	Dr. Joan Gausí Gené
Vocal:	Dr. José Sierra de Benito
Vocal:	Dr. Antonio Menen Navarro



Els doctors Astudillo i Pons

membres de la Junta actual havien renunciat a la seva reelecció, el candidat a president de l'única candidatura presentada, el Dr. Manuel Pons, va demanar als doctors Sierra i Menen

que en fessin part. La candidatura va ser elegida per aclamació.

Tot seguit, es va celebrar el dinar de companyonia i, en acabar, es va fer el traspàs i la presa de possessió de la nova Junta en presència de la presidenta del Col·legi, la Dra. Rosa Pérez.

Activitats lúdiques, culturals i d'oci

Els dies 4 i 5 de juny, membres de la Secció van fer una sortida a la Cerdanya francesa, on van visitar la població de Llívia. Al mateix municipi, van fer una parada per dinar i des de Bourg-Madame van viatjar amb el tren groc fins a Vilafranca de Conflent, una de les ciutats més boniques de França. Allí els va recollir l'autocar per anar a Prada, on es van allotjar. L'endemà, després de visitar la ciutat i l'església, van gaudir de la visita guiada de l'abadia de Sant Miquel de Cuixà. De retorn, van destacar el dinar de commemoració al restaurant del Park Hotel de Puigcerdà.



La Dra. Pérez amb els Drs. Astudillo i Pons i altres membres de la junta



Sortida a l'abadia de Sant Miquel de Cuixà



El grup de senyors a Vilafranca de Conflent

Del model paternalista a un model basat en l'autonomia, esperances i amenaces

En la pràctica totalitat de la història de la humanitat, la medicina com a professió ha tingut unes connotacions especials i s'ha considerat, així com altres poques professions (jutges, mestres i sacerdots), positivament privilegiada.

En aquest context, la medicina, ja des del temps d'Hipòcrates, s'ha basat en una sèrie de principis i codis que regulaven aquesta professió. Aquests principis s'han mantingut relativament inalterats durant la història de la medicina. De fet, per exemple, en el codi hipocràtic es poden trobar implícits el principi de no maleficència, el de beneficència i el deure de secret, entre d'altres. En canvi, no es troba cap referència al que ara es considera principi d'autonomia.

Aquesta situació ha restat així fins fa molt poc temps. Per exemple, en el codi deontològic espanyol del 1934 encara no hi ha cap referència a aquest nou principi (el d'autonomia), considera encara el pacient incompetent i feble, i el metge com la persona que ha de garantir els seus drets i no entén com a tal el dret a l'autonomia. Textualment deia, per exemple, aquesta versió del codi: "El médico debe ser de carácter firme en no transigir con los caprichos del enfermo que le sean contrarios a la moral."

La situació ha canviat recentment. Com ben bé diu Diego Gracia (citada en l'article de la Dra. Esquerda), "la medicina ha canviat més en els darrers 25 anys que en els 25 segles anteriors". En l'actualitat, l'autonomia es considera un dret de les persones, i no només en relació amb els seus principis fonamentals dins la societat, sinó també dins les decisions sanitàries. I negar aquest dret es consideraria paternalisme.

Una acció paternalista es definiria (Culvert i Gert, 1982) com:

- Una acció que beneficia el

malalt.

- En aquesta acció s'infringeix una norma moral en la relació metge-malalt.
- No es té el consentiment del malalt.
- El malalt és una persona competent.

Per tant, paternalisme és quelcom diferent a la beneficència. Implica que el malalt és competent i que no respectem la seva decisió. Si a un lactant de 12 mesos li donem una vacuna sense el seu consentiment, no estem fent paternalisme, ja que el nen no és competent per prendre aquesta decisió. Si el pacient està d'acord en allò que fem o ens delega a nosaltres la decisió que cal prendre, tampoc estem fent paternalisme.

D'altra banda, cal considerar allò que és beneficiós o no segons l'escala de valors del malalt i no segons la del metge. Aquest punt serà cada vegada més important en societats pluriculturals, on no totes les persones partim dels mateixos conceptes de salut i de malaltia, i on allò prioritari per a algú pugui ser accessori per a algú altre.

Ara bé, qualsevol ésser autònom és competent per prendre una decisió sanitària? El metge s'ha de limitar a informar de les possibles alternatives d'una manera asèptica i deixar que el pacient prengui les decisions tot sol segons la informació rebuda i els seus valors personals? La resposta no és tan fàcil.

Que un malalt pugui decidir per si mateix implica que estigui ben informat, que estigui lliure de coac-

cions (i moltes vegades, aquestes poden ser molt subtils) i que sigui competent per prendre aquesta decisió. En altres paraules, implica que compregui les informacions rellevants per la seva situació, que compregui les possibles conseqüències de la seva decisió, que pugui elaborar raonaments a partir de la informació i de la seva pròpia escala de valors i que pugui comunicar la seva decisió de manera clara i reiterada. I això no sempre és tan fàcil en situacions complexes on actuen moltes variables, i amb marcada implicació emocional, com és tot el camp de la malaltia. Ja ho deia Ortega y Gasset: "Si fuera un objeto, sería objetivo, puesto que soy un sujeto, soy subjetivo." Aquesta màxima seria tan vàlida en el cas dels pacients com en el cas dels metges, negar els aspectes emocionals seria caure en un reduccionisme que ens pot portar a molts errors.

En aquest debat es pretén estudiar una mica aquestes qüestions a partir de les opinions de diferents professionals del nostre col·legi.

El Dr. Bartolomé repassa, a partir de la seva pròpia experiència de metge de família d'un àrea rural, la figura clàssica del metge com a ésser beneficiós, com a "pare", com a professió positivament privilegiada, model present fins fa molt poc de temps. Ens introdueix després el concepte de paternalisme i, finalment, ens interpel·la en la qüestió si estem preparats com a col·lectiu a acceptar les decisions dels nostres usuaris, quan aquestes són diferents al que nosaltres recomanàrem.

El Dr. Domingo, d'altra banda, ens dona la visió des de la pediatria d'atenció primària i lliga el tema de canvi cultural a tota una sèrie d'efectes col·laterals a aquest canvi. Més tard, en repassa una sèrie de models educatius que serien útils també per a temes de salut i per acabar de fer una lectura crítica de possibles canvis en l'organització de la pediatria ambulatoria a Catalunya, en la qual, segons l'autor i llegint entre línies, s'està comptant poc amb l'opinió dels professionals, però tampoc amb l'opinió dels mateixos usuaris (nens, mares i pares).

La Dra. Esquerda, en el seu article, ens porta per un resum històric del naixement del concepte d'autonomia, un concepte filosòfic que ja està molt present en la filosofia de Kant, si bé l'aplicació a la medicina

és, com sabem, molt més recent. També ens parla de la coexistència entre el model clàssic basat en la beneficència i el nou model més basat en l'autonomia. I finalment, ens dóna pistes per seguir avançant, recordant-nos que la relació metge-malalt és bàsicament de confiança, i també emfatitzant en el poder curatiu de la pròpia relació.

Com deia Gaudí, "originalitat és el retorn a l'origen". Els nous models basats en l'autonomia probablement no siguin contraposats al clàssic concepte de professió mèdica, sinó que el complementa i enriqueix. Aleshores, el repte serà com introduir i integrar el concepte d'autonomia en el professionalisme, i no com defensar el concepte clàssic de professió sense adaptar-lo als nous temps.

Potser alguna cosa de raó té Lou Marinoff, quan en el seu *best-seller* titulat *Més Plató i menys Prozac* ens convida a anar a les arrels filosòfiques per solucionar alguns dels problemes i reptes de la medicina actual. Potser llegint els nostres clàssics Zubiri, Ortega y Gasset, Laín Entralgo i, més recentment, i encara en actiu, Diego Gracia, podríem trobar llum a alguns dels problemes de la situació actual dins el món de la medicina pública. Si més no, intentem-ho.

Josep Pifarré

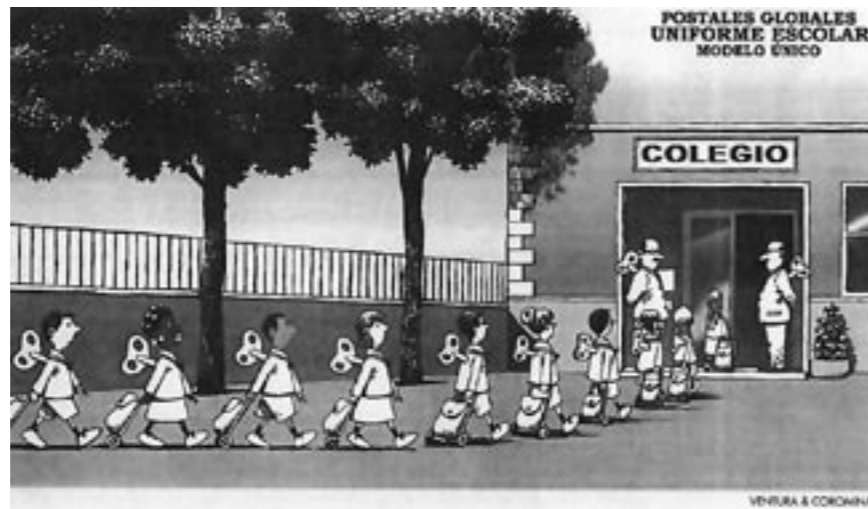
La figura del médico en el medio rural

No sé si la actitud està bien definida com paternalista, fue una época que, sencillamente, esta actitud encajó.

Más que paternalistas, considero que eran modos de necesaria dependencia del débil, del desinformado, hacia lo fuerte que era el que dominaba gracias al poder que otorgan la información y los conocimientos. Digamos que el médico era el tuerto en el país de los ciegos.

Por aquel entonces, y yo me voy a referir al medio rural, que es lo que yo conozco, el médico, el farmacéutico, el maestro y el cura eran los reductos por donde circulaba el conocimiento, la información y el saber; del resto, la mayoría no tenían estudios y en su ignorancia tenían que depender y confiar en los cultos del pueblo.

Si lo vemos del lado de la medicina, el hecho de poder tomar alguna decisión sobre estos temas con el



escaso conocimiento de entonces, la falta de medios para poder ser informado y la inseguridad que genera el desconocimiento resultaba complicado. La figura del médico se convierte automáticamente en un "padre" que, en muchas ocasiones, ha de determinar nuestro destino, y no sólo en materia médica, sino incluso en otros campos.

El galeno, dentro de este estatus, encuentra una gran fuente para gratificar su ego al saber y sentir que la gente depende de ti: "El era el ilustrado y pocos tenían capacidad de poner en duda sus decisiones." La seguridad que sientes es grande, sabes que estás un paso por delante de los demás; además, en tu propio terreno, como estás solo, nadie discute tus decisiones y lo que tú dices es así.

Los lugareños, en su deseo de competir con los del pueblo de al lado y de hacer ver que todo lo de aquí es mejor que lo de allá, otorgan a su médico virtudes, sabidurías e imperios que en muchas ocasiones no tiene, pero da igual, porque lo nuestro es lo mejor.

Y no olvidemos algo que no deja de ser trascendental: en aquel entonces, se nos dijo que ser médico era por vocación, ser médico era poco menos que ser capellán, la medicina se consideraba un sacerdocio. El paternalismo corre de la mano junto a la vocación. Vocación y paternalismo, bajo ese carisma se soportaba todo, nos creímos los sacerdotes de la medicina y, así, con la sonrisa colgada de nuestros padeceres, trabajábamos jornadas de 24 horas, 365 días al año, en lugares alejados de la mano de Dios y con sueldos ridículos.

Hoy, por suerte, esa situación se ha normalizado, ya no hace falta ser médico por vocación, el médico

quiere cumplir bien con su trabajo, pero vivir, disponer de tiempo para sí y para su familia.

Quizás, en la actualidad de hoy, cuesta entender el ayer para todo aquel que no lo ha vivido, la actitud paternalista fue fruto de una época y hoy, aunque se dé una actitud paternalista, es diferente, como también el padre de hoy es diferente al de antaño.

"Paternalismo", según la Real Academia Española: tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo, políticas o laborales.

La actitud paternalista en procurar lo mejor para el paciente, pero que parte del supuesto de que él, y sólo él (el médico), es capaz, en función de sus conocimientos, de tomar las decisiones apropiadas, esta actitud evita, en muchas ocasiones, la amarga necesidad de tomar decisiones a personas, la mayoría de las veces desinformadas y con pocos recursos.

El paternalismo se basa en la noción de que los individuos que necesitan protección son incompetentes o semiincompetentes. Esta idea, por supuesto, no es privativa de la medicina. El paternalismo existe en todos los niveles, incluso en el del arte. Me quedo más tranquilo porque compruebo que no es cosa sólo del mundo de la medicina, sino que, a nivel de empresas, proteccionismo jurídico, político etc., veo que fue fruto de una época que debería, por ello, tener un fondo generacional o de desarrollo. En 1951, Parsons describía la relación médico-paciente como el reflejo de las relaciones sociales existentes en el seno de una sociedad, la relación asimétrica, más

ventajosa para el médico por tres razones: el prestigio profesional, el conocimiento y la situación de dependencia del paciente. El médico sabe y hace lo que es bueno para el paciente, y éste se somete a su voluntad.

El artículo 10 de la Ley General de Sanidad consagró el principio de autonomía del paciente, que sería, dieciséis años más tarde, desarrollado por la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

¿Qué sistema es mejor o peor? No se puede generalizar a cada uno su zapato según el pie que calce. Habrá pacientes que, dado su nivel de conocimientos y de seguridad en sí mismos, se verán capacitados para tomar decisiones en cuanto a tratamiento y conducta a seguir y otros, también con conocimientos y que tienen un alto grado de confianza en su profesional, aceptan lo que éste les diga sin un ápice de duda y, por si fuera poco, hay un tercer grupo absolutamente desinformado y con escasas posibilidades de informarse que tengan más o menos confianza en su profesional y no tiene más remedio que acatar lo que se le recomienda siempre en beneficio suyo.

Dando la vuelta a la pregunta, ¿está el profesional capacitado para aceptar las decisiones del paciente? En principio, tiene que ser algo durillo, a según qué edades y acostumbrado a que lo que el médico dice se cumple al pie de la letra, que el paciente decida ya no sobre uno u otro tratamiento, sino sobre cómo orientar su vida.

"Si no deja de fumar, aquí no vuelva", "si no se quiere tratar, no hace falta que vuelva más"; para el paciente, las ocasiones más castigadas, son las obesidades, "baja 20 kilos y vuelve, entonces ya le operaré o ya le trataré", como si perder kilos fuese tan fácil. Las obesidades son diversas y variadas y un persona, por ser fumadora, gorda o por no querer hacer un tratamiento, no se puede abandonar en el desamparo y que Dios disponga. Tenemos que jugar con las cartas que tenemos.

¿Estamos los médicos preparados para tratar pacientes que libremente cargan con las consecuencias de su destino? Comer lo que quieren, fumar, beber, etc. En ocasiones, pienso que se establece como una lucha entre los díscolos

enfermos que no son obedientes y el tutor sanitario que obliga a...

No sé a quién le cuesta más aceptar la decisión del paciente, si a éste o al facultativo. Sencillamente, ese derecho que tiene un paciente a ir a consultar a otro médico: "Si vas a otro médico aquí no vuelvas más."

¿Qué solemos hacer los profesionales cuando nosotros o nuestras familias tienen un problema?

Sistema paternalista, paciente competente, todo tiene sus ventajas y sus inconvenientes, y repito, dependerá de la confianza que tengas con el profesional, la experiencia que tengas en el tema en cuestión y la seguridad en ti mismo para tomar una decisión sin que a los pocos días te invadan las dudas. Lo que sí creo es que, cada vez menos, los profesionales de la medicina no estamos dispuestos a cargar con las responsabilidades de los demás, que cada uno decida todos los consejos y recomendaciones también, pero decide tú.

El proceder del profesional, no sé si más o menos correcto, sería dar información al paciente, aconsejar lo que solicite, argumentar y apoyar la decisión tomada hasta el final; lo elegido, una vez elegido, siempre será lo mejor.

Hoy, que existe más acceso a la información, en ocasiones, el paciente está peor informado o, de forma más confusa, no es lo mismo saber leer que saber interpretar lo que se lee; por eso, al desaparecer el paternalismo en el que el paciente confiadamente hacia lo que el médico le aconsejaba, nace otra faceta del facultativo, que es la de orientador, explicador, informador, consejero, no sé bien cómo definirlo. "Venimos a que nos oriente", esto cae dentro de unas complicadas consultas masificadas; por eso, no me extraña que, en ocasiones y en contra de los deseos del médico, no se le puede dar al paciente la información como deseáramos, siempre nos falta tiempo y, en ocasiones, ganas.

David Bartolomé

No sé a quién le cuesta más aceptar la decisión del paciente, si a éste o al facultativo

Una visió des de la pediatria d'atenció primària

Reflexió prèvia

En l'àmbit de la pediatria pública d'atenció primària actual, a casa nostra, la serenitat i l'estabilitat no són pas els termes que més s'adiuen amb la percepció dels pediatres. Enmig de la sobrecàrrega assistencial, la sensació d'inseguretat i la manca de perspectives de futur clares, es fa difícil parlar dels avantatges i dels inconvenients de models en els quals no hem estat formats. Algunes companyes i companys tenen (tenim), ara i aquí, la percepció de pèrdua d'autoestima, que canviàriem de feina si en tinguéssim ocasió i que no pensàvem que fos aquesta la nostra situació professional després de l'engrescament inicial per treballar per la millora de l'atenció a les comarques de Ponent, ara ja fa uns quants anys. I hi ha poques esperances que algú ens doni un cop de mà. El desencís arriba encara més enllà quan, en veure com van les coses, més d'un es frega les mans mentre veu com ens anem "extingint". Potser els capitans de vaixell, els pediatres (1*), som poc flexibles i estem massa enrocats en les nostres posicions i, per això, no entenem que hem de cedir els nostres trajectes i les nostres responsabilitats a d'altres mans. Vés a saber! Potser encara resistim perquè, malgrat tot, ens creiem que el nostre deure és ser els darrers a deixar el vaixell que s'enfonsa, perquè ens cal atendre, abans, les famílies i els seus fills.

La nostra ha estat una devoció més que una vocació. I segurament ens ha estat fàcil passar de la devoció al paternalisme, especialment, en aquells darrers anys del segle passat en què, des dels àmbits polítics, se'ns esperonava a hipertrofiar activitats preventives que han conduït a una dependència excessiva dels professionals sanitaris per part de les famílies (el Programa del Nen Sa n'ha estat el fet més evident). Ara, els polítics de torn se'n van a l'altre extrem, veuen que la seva falta de previsió de molts anys fa difícil seguir amb l'atenció pediàtrica tal com l'han trobada, i ens capgiren el model. Mentrestant, els infants continuen amb els seus problemes de sem-

pre, i les famílies demanen (i continuaran demanant) que algú, amb una mica de criteri (i temps), les escolti, els doni una orientació i les acompanyi.

Algú dirà que he fugit d'estudi, en començar així. I no és cert. Saber (també emocionalment) on ens trobem els pediatres d'atenció primària de Ponent és el primer pas per poder enfilat (o no) un nou camí. Quins són els camins? Quins són els models?

Tots els models són respectables

Tot i que, inicialment, potser solament ens plantegem les posicions extremes (el model paternalista, d'una banda, i el model basat en l'autonomia, de l'altra), és evident que hi ha maneres d'actuar que es mouen entre aquests dos pols oposats i que ens permeten definir un

salut de cadascun d'ells, ens pot ajudar a fer una reflexió sobre quins paràmetres de cada model s'identifiquen amb la nostra realitat assistencial i docent i quins exemples quotidians vincularíem a cada idea.

1. El model tecnicoracional

Realitat: objectiva, estàtica, fragmentable i única.

Salut: manca de malaltia biològica o psicològica.

Educació: reproductora i transmissora d'un model.

El model tecnicoracional considera que la realitat és objectiva i estàtica, fragmentable i única. Solament una posició és la bona. Les altres són errònies. Podem pensar, per exemple, en les declaracions d'alguns polítics sobre com d'equivocada està la població, en el rebuig oficial a les medicines

suposa una concepció integral i integradora de l'home i del món i la multiplicat de punts de vista introdueix la necessària relativització de la veritat i afavoreix la llibertat i les decisions individuals en funció dels propis interessos, sovint allunyades dels interessos col·lectius o de les futures repercussions externes de les decisions de cadascú. En aquest model, la salut s'entén com un estat de benestar físic, psíquic i social en equilibri amb el medi i introdueix aspectes ecològics, polítics i socials en els quals els sanitaris hauríem d'estar implicats. Però, quina és la relació que tenim com a metges amb les associacions de veïns dels barris on treballem? I amb les escoles i les associacions de mares i pares d'alumnes? La formació es basa, en aquest model, en la comprensió i la gestació d'una interpretació pròpia i individual sobre un coneixement prefixat, normalment de caràcter racional, i les accions més usuals són analitzar, sintetitzar o opinar sense cercar, però, el canvi explícit i compartit de l'entorn ni de les relacions socials preestablertes.

3. El model sociocrític

Realitat: dinàmica, construïda, compartida i històrica.

Salut: manera de viure autònoma, solidària i positiva.

Educació: analitzadora i transformadora de la realitat.

El model sociocrític sí que busca explícitament el canvi de la realitat que, si bé també és entesa com a construïda i dinàmica (com en el model anterior), aquí es considera també històrica i compartida, és a dir, fruit d'un diàleg entre iguals sense apriorismes i lligada a la responsabilitat futura de les pròpies accions. Si el món (i la societat, i el mercat econòmic i l'opinió pública, i...) som tots i ho fem entre tots, tots hi tenim la nostra responsabilitat, des de la pròpia autonomia. I preferim utilitzar la paraula autonomia, i no llibertat, perquè autonomia deriva d'*autos*, un mateix, i *nomos*, llei. És a dir, és autònom qui es dona a si mateix les seves pròpies lleis, no qui fa el que li ve de gust. Però, per tal que ens donem les nostres pròpies lleis (com a individus i com a societat), cal defugir les convencions, les creences i les modes del moment, i decidir lliurement, de manera reflexiva i responsable, i actuar coherentment amb allò decidit. Partint d'aquesta idea d'autonomia, el concepte

de salut vinculat a aquest model sociocrític seria el que el doctor Jordi Gol i Gorina va aportar, fa uns trenta anys, al Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana: "La salut és una manera de viure autònoma, solidària i positiva". Els nostres centres de salut i nosaltres donem, com a pediatres, un exemple clar d'autonomia, de solidaritat i de visió positiva? Deixem que siguin els nostres malalts els qui cada cop siguin més responsables de la pròpia salut donant-los eines perquè siguin més autònoms, evitant decisions de protocol i allunyant-nos de relacions de poder? Els nostres centres de salut són espais oberts a la participació de la comunitat i als grups i associacions del barri? Quina part del nostre temps dediquem a la part positiva de prevenció i promoció de la salut i quina part a la curació o a la tasca administrativa? En aquest model, òbviament, la formació s'entén com a transformació i canvi personal i social i algunes de les seves accions principals són reflexionar, relacionar, consensuar, compartir, sentir i intuir. En són exemples tant l'Escola d'Adults de la Verneda de

La situació és difícil atesa la manca de previsió dels gestors polítics del nostre país durant molts anys

Barcelona (referent internacional en aquest àmbit) com les anomenades comunitats d'aprenentatge, un model d'organització que està sorgint en algunes escoles d'educació infantil i primària que, obertes al barri i sense models prefixats, construeixen la pròpia realitat des del somni i des de l'acció conjunta i solidària de professors, alumnes i veïns, convençuts que no és la societat qui condiona l'escola, sinó que és l'escola la que condiona la societat. Quin lema resumeix aquest model? "Pensa global, actua local". Però, com es pot fer això (pensar amb serenitat i actuar) si queda ben poc marge de manobra i ens falta temps per treure tota l'aigua que ens entra a la nau?

Com fer possible un canvi de model, ara i aquí?

Fa pocs dies, m'ha plagut llegir un article del Dr. Bosch (3*) amb referència al Pla Estratègic d'Ordenació de la Pediatria a l'Atenció Primària, pla que té com a objectiu un canvi de model d'atenció als infants i adolescents de casa nostra. Si, com ell afirma i jo subscriu, "els professionals més adients per dur a terme una pràctica determinada són els que s'han preparat més i millor per fer-ho", sembla lògic pensar que si algú vol canviar el tracte que els infants reben (reconegut arreu com un dels millors del planeta), es tingui en compte qui feia fins ara aquesta feina, sense oblidar tampoc quina és l'opinió de la població que "patirà" el nou model de funcionament. Entenem que la situació és difícil, atesa la manca de previsió (o bé la mala intenció, que diria algun pediatre malpensat) dels gestors polítics del nostre país durant molts anys, que ha menat a una manca evident de pediatres (i també d'altres professionals). Si allò que es pretén és no fer marxa enrere pel que fa a la qualitat

Saber (també emocionalment) on ens trobem els pediatres d'atenció primària de Ponent és el primer pas per enfilat (o no) un nou camí

model intermedi. Amb el benentès que cal respectar el punt de vista de tots els companys a l'hora de creure en un model o altre. Hi ha, a més, el factor absolutament condicionant de la realitat actual: algú ho resumiria en la frase "molta roba i poc sabó...", i algú altre afegiria "...i tan neta que la volen!"

Els diferents models

A la 14a Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria a Sitges, el maig de 2007, vam (2*) poder participar a la taula rodona *Nens i adolescents en una societat canviant*, amb una exposició que duia el nom *Estils educatius: on ens trobem i cap on anem?* I em plau exposar aquí aquella part del treball que cita els tres models educatius actualment existents (tema que ha treballat especialment el tercer signant d'aquell treball), que parteixen d'una determinada visió de la realitat i suposen entendre la formació (i la salut) d'una certa manera: el model teorioracional, el model practicointerpretatiu i el model sociocrític. I dèiem, llavors, que la valoració dels aspectes referents a l'educació, però també a la realitat que ens toca viure i a la

complementàries que usa gran part de la població, o en la fragmentació per òrgans i sistemes quan els pacients van als especialistes. Segons aquest model, la salut es defineix externament com la manca de malaltia biològica o psicològica de l'individu que deriva els problemes "socials" dels nostres pacients als serveis corresponents de drogodependències, treball social, etc. En formació, existeix un model únic i uns objectius preestablerts per a tots els alumnes, i l'educació té un caràcter reproductor i transmissor d'aquesta realitat veritable i insisteix en accions com la memorització o l'aplicació de normes i patrons preestablerts (a algú li sonen els protocols?).

2. El model practicointerpretatiu

Realitat: dinàmica, construïda, holística i múltiple.

Salut: benestar físic, psíquic i social en equilibri amb el medi.

Educació: descobridora i interpretadora de la realitat.

El model practicointerpretatiu suposa un canvi important respecte a l'anterior. Considera que la realitat és dinàmica i construïda, holística i múltiple alhora. La visió holística

Joies úniques

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

DERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

assistencial que oferim als nostres infants i adolescents (tornarem a tenir catalanets de cinc categories?) (4*), valdria la pena acordar amb els professionals que encara hi ha quina és la millor opció que, en les circumstàncies actuals, es pot oferir. El treball amb altres professionals sanitaris ens permet compartir competències amb aquells que, com nosaltres, tenen com a prioritat l'interès superior de l'infant. Però una cosa és compartir competències en certs aspectes i l'altra és assumir-les de forma unilateral amb la benedicció dels superiors. Al mateix article, l'autor apunta, a tall d'exemple, que mentre "dos dels tres proveïdors de serveis pediàtrics del CatSalut fan coincidir pediatre i infermera (possibilitat de visitar un pacient conjuntament) en el 76,5% i el 75% de les visites, a la proposta de l'ICS, el percentatge de coincidència és del 0%. Com podem fomentar una atenció de salut centrada en l'autonomia dels pacients (els infants i les famílies) si la nostra empresa dona unilateralment unes línies d'actuació que, en cap moment, han tingut en compte que la millor opció és un consens previ en el qual totes les parts implicades tinguin veu i vot? A qui votarien, els infants? (5*). Com fer-ho si no es donen recursos que permetin resoldre els problemes socials i econòmics de base que moltes famílies encara tenen a la nostra societat?

A més, la implicació en un model que deixa de posar el focus en l'infant i el centra en la salut infantil a la família, l'escola i la comunitat demana un alt grau de col·laboració entre els quals ha d'intervenir i no està mancat de dificultats. Sóc del parer que l'equip bàsic pediatre-infermer continua essent la millor opció de primera línia per als nostres infants. I també crec que no hi ha cap pediatre igual a un altre ni cap infermer igual a un altre. Cada "parella de ball" sap quines són les qualitats i quins són els defectes del seu company. I això és bo si sabem complementar el nostre quefer en benefici de les famílies i els infants que atenem. I estem disposats a implicar-nos en tasques comunitàries que amplien les possibilitats dels nostres equips d'atenció primària, sempre que no "vulguem vestir un sant mentre en desvestim un altre". No podem deixar de fer la feina que sabem fer (i que volem continuar fent tan bé com puguem) per implicar-nos en altres activitats, del tot desit-

L'equip bàsic pediatre-infermer continua sent la millor opció de primera línia per als nostres infants

ables per part nostra, si realment tinguéssim una tercera part del nostre temps per a activitats de recerca i docència. Com afirma el Dr. Bosch, "la provisió de recursos ha de ser subsidiària de la qualitat assistencial i no a l'inrevés (els gestors que gestionin)". El canvi de model (i que aquest sigui reeixit) no depèn tant de la voluntat dels professionals com que els responsables d'engegar-lo hagin escoltat les diferents parts implicades, hagin avaluat i estudiat els recursos disponibles i hagin actuat en conseqüència. Si no és així, cal pensar que estem davant d'una situació de maltractament institucional per negligència que deixa de tenir en compte l'interès superior del menor. I això fa que, també segons el meu criteri, sigui un model difícilment assumible. I em torna a passar pel cap la pregunta que ja em vaig fer l'any 1991: "A qui votarien, els infants?" (5*). Probablement, no triarien opcions que fossin restrictives de les atencions a què tenen dret. Els infants no voten. Els infants no compten. Que nosaltres, si més no, els pediatres, sapiguem ser la veu d'aquests menuts nostres i conciutadans confiats.

Francesc Domingo i Salvany
Pediatre. Balaguer

BIBLIOGRAFIA

- (1*) Domingo Salvany F. Els capitans de vaixell a l'arxipèlag dels embolics o el difícil manteniment per evitar que el cor (i la il·lusió) se'ns geli. *Pediatría Catalana* 2007; 67: 64-5.
- (2*) Domingo Salvany F, Cetó Ribera A, Domingo Salvany PM. Estils educatius: on ens trobem i cap on anem? CD de la 14 Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria, a Sitges (25 i 26 de maig de 2007). *Pediatría Catalana* 2007; 67: 102-107.
- (3*) Bosch JM. El Pla Estratègic d'Ordenció de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària. *Pediatría Catalana* 2007; 67: 268-271.
- (4*) Domingo Salvany F. La pediatria pública, les comarques o com tenir catalanets de cinc categories. *But Soc Cat Pediatr* 1992; 52: 103-104.
- (5*) Domingo Salvany F. A qui votarien, els infants? *But Soc Cat Pediatr* 1991; 51: 87-88.

Un principi que acostuma a estar mal entès, el principi d'autonomia

La medicina ha canviat més en els darrers 25 anys que en els 25 segles anteriors.

Diego Gracia

Volia iniciar la reflexió amb aquesta coneguda frase de Diego Gracia, ja que il·lustra molt bé la sensació de molts professionals que moltes coses han canviat, i en molt poc temps. La medicina ha viscut en molt menys d'un segle una autèntica revolució, molt marcada pels avenços científicotècnics. Però correlativament, de forma paral·lela i no necessàriament causal, s'ha fet palès un canvi significatiu en la relació entre el metge i el malalt. De fet, el canvi de relació és multifactorial i no es pot desvincular d'importants canvis socials i polítics en molts altres àmbits i globalment.

Dins d'aquests canvis s'ha configurat el desenvolupament del que ha estat un dels pilars de la bioètica actual: el principi d'autonomia. I potser és agosarat començar una reflexió donant per fet que el principi d'autonomia està mal entès, però crec que així es fa palès en el dia a dia, en comentaris no tan sols de professionals, sinó també de pacients.

El principi d'autonomia no prové de la bioètica nord-americana de finals del segle passat, sinó que va ser introduït en ètica pel filòsof alemany Kant. Etimològicament, és la capacitat d'autolegislar-se, però arran de la interpretació kantiana, el sentit que se li dona és que les normes morals no s'imposen des de l'exterior, sinó que provenen de la mateixa raó; en paraules del mateix Kant: "Tengo un libro que tiene entendimiento por mí, un cura que tiene conciencia moral por mí, un médico que piensa por mí, etc., de manera que no tengo de qué preocuparme. Minoría de edad es, en efecto, la incapacidad de servirse del entendimiento propio sin la guía de otro, y esa minoría es culpable cuando su causa no reside en un defecto del entendimiento, sino en la falta de decisión y valentía de servirse de él sin la guía de otro. ¡Sapere aude! ¡Átrévete a servirte de tu propio entendimiento!"

Molts anys abans del desenvolupament de la bioètica nord-ame-

ricana, Kant llançava una crida a ser autònom respecte a les pròpies decisions i, en un sentit més concret, aplicat a bioètica, s'identifica com la capacitat de prendre decisions mèdiques i de gestionar el propi cos.

Més proper a nosaltres, Ortega y Gasset ho expressa també a la seva manera: "Lo peculiar de la vida humana es ser estrictamente biográfica, escrita y relatada por el propio sujeto (por contraposición al vivir meramente biológico)." Segons això, és el pacient qui millor prendria les decisions, ja que ho faria segons el seu propi sistema de valors, segons el propi i personal perfil biogràfic.

Diego Gracia ho expressava posteriorment en la seva definició de salut com a capacitat de possessió i apropiació del propi cos, a dos nivells: biològic (absència de malaltia real o percebuda) i biogràfic o moral (capacitat de portar endavant el propi projecte de vida i de valors que determina el benestar personal).

Però el camp dels valors no és un camp on els metges ens muguem amb gaire seguretat, principalment perquè no ens n'han ensenyat. La nostra formació es basa pràcticament en esquemes analògics de diagnòstic i de tractament. I quan entrem en conflictes de valors i d'actituds amb els pacients ens és difícil d'actuar.

Un estudi dels psiquiatres Mark Perl i Earl E. Shelp publicat el 1982 al *New England Journal of Medicine* es titulava "Consultes psiquiàtriques que emmascaren dilemes morals".

En aquest estudi, reflexionen que quan els metges es troben davant de conflictes que no estan relacionats directament amb qüestions tècniques de tipus diagnòstic, pronòstic o terapèutic, sinó que tenen a veure amb les actituds o valors dels pacients, sovint s'intenten resoldre a través de la interconsulta psiquiàtrica.

Clàssicament, aquest conflicte no existia, ja que era el professional qui, com a expert, decidia el millor per al malalt, que és el model del paternalisme. De fet, s'ha de tenir en compte que les decisions es prenen en una societat de codi únic, on els valors se suposava que eren compartits pels membres de la societat.

Respecte al paternalisme, m'atreviria a dir que realment no vivim un canvi de paradigma, del pater-

nalisme a l'autonomia, sinó una coexistència de models, i el model paternalista segueix sent encara el predominant en la majoria d'actes mèdics.

Davant el conflicte que suposa tenir en compte el pacient en les decisions, el cas contrari és el model tecnicoinformatiu, en el qual el metge dona la informació i el pacient decideix; aquest darrer seria el model del consumidor, en què el pacient exerceix de client i tria el que vol, i el metge s'absté d'opinar.

Jo diria que aquest no és el model que més respon al principi d'autonomia. Hi ha una certa interpretació de l'autonomia com a imposició de proves o de tractament per part del malalt, però aquesta seria una reducció de la relació metge-pacient al mercantilisme.

Com molt bé comenta Diego Gracia, "en la relació médico-enfermo, el médico no sólo es agente técnico, sino también moral, y el enfermo, un paciente necesitado a la vez de ayuda técnica y ética", el malalt no cerca només ajuda tècnica o consell científic, sinó que el professional, en el procés de presa de decisions, l'ajuda o el "capacita" a decidir.

La forma de relació que més prospera estaria del respecte al principi d'autonomia és el model participatiu, en el qual el pacient passa a ser una part activa en el procés de presa de decisions, però aquestes decisions es prenen de forma deliberada i conjunta.

Aquest model de relació es basa en el fet que encara el pacient és qui millor pren les decisions, ja que aquestes estan basades en el seu propi sistema de valors, però la decisió no és unilateral, són decisions difícils en què rarament el pacient té uns valors clarament definits i sovint el malalt demana ajut al professional per a l'aclariment de les decisions.

La vida humana no és racional i, per tant, les decisions mèdiques no són purament racionals, el que hem d'intentar és que siguin o puguin arribar a ser raonables.

La capacitat en el model participatiu és el procés en el qual el metge no aporta només la informació i el malalt assenteix o rebutja, sinó que és el procés en el qual el professional, a més d'informar, acompanya el pacient en la presa de decisions, l'ajuda en la cerca de les possibilitats més adients al sistema de valors i, finalment, res-

pecta la decisió presa, encara que aquesta no sigui la que inicialment proposava el professional.

Hi ha gent que opina que el model participatiu no respon a un model d'autonomia, sinó que retorna al paternalisme. Però no podem oblidar que la relació entre metge-pacient no pot arribar a ser ni hauria de ser una relació totalment igualitària, sinó que el metge no té com a funció tan sols informar, sinó acompanyar en la decisió, des del respecte fins a la decisió final que es prengui.

L'autonomia ha de ser una autonomia relacional; i dins d'aquest context més relacional hem de tenir en compte dos conceptes molt relacionats: el de la dignitat i el de la vulnerabilitat.

Respectar l'autonomia del pacient és bàsicament respectar-lo com a persona.

A més, no podem oblidar que la base de la relació metge-malalt és la confiança, sigui amb el model que sigui; perquè sense confiança no hi ha relació mèdica, sinó relació tècnica.

Tampoc es pot obviar el poder curatiu de la relació metge-malalt. Com descriu Laín Entralgo, venim d'un segle en què el valor terapèutic de la relació s'ha incorporat de forma professional i ha donat lloc al desenvolupament de la psicologia. En canvi, des de la medicina, seguim "ignorant" el gran valor terapèutic i curatiu de la paraula i de la relació mèdica.

L'èmfasi en la tècnica i la farmacologia, que veritablement han experimentat un creixement explosiu, ha fet que ens centrem més en la tècnica i en la farmacologia que en el "valor curatiu de la paraula" i ens ha fet oblidar que la paraula i la relació mèdica segueixen tenint un gran valor curatiu.

Montse Esquerda

Pediatra i màster en Bioètica

FE D'ERRATES

Al número 70 del *Butlletí Mèdic*, l'autor de l'article *L'atenció de la demanda espontània per part d'infermeria: falten metges?* és el Dr. Eugeni Paredes. Disculpeu l'error.

Unitat d'arítmies de l'HUAV

Els trastorns relacionats amb el ritme cardíac suposen un important volum d'atenció i recursos mèdics, tal com ho demostra el coneixement d'algunes xifres que són significatives per avaluar la magnitud del problema i malgrat la poca informació epidemiològica que existia fins fa pocs anys sobre aquest tema:

1. Les arítmies constitueixen, segons un informe de la Sociedad Española de Cardiología, el 16% dels ingressos hospitalaris fa uns 10 anys i, per tant, lògicament estimem que en el moment actual resulten unes xifres més elevades.

2. Una de les arítmies més prevalents i de major freqüentació tant hospitalària com de consulta en l'atenció primària, la fibril·lació auricular (FA), arriba a consumir un 1% del pressupost sanitari al Regne Unit¹. A Espanya, dades dels estudis Cardiotens² i Regicor³ revelen una prevalença de FA en la població general al voltant del 5% i la seva incidència continua sent cada dia major.

3. La taquicàrdia supraventricular (TPSV) suposa ja el 3% de les visites d'una consulta de cardiologia⁴ i, extrapolant les dades d'altres estudis epidemiològics, s'estima que poden aparèixer 14.000 nous casos anuals a Espanya.

4. Les arítmies cardíques constitueixen el 5% de les causes de síncope que acudeixen a Urgències, segons revela un estudi prospectiu (GESINUR) realitzat recentment pel Grup de Treball d'Arítmies i Electrofisiologia de la SEC i el Grup de Treball de la SEMES⁵.

5. Encara que la incidència de mort sobtada d'origen cardíac no és ben coneguda al nostre país, i probablement sigui menor respecte als del nostre entorn, s'estima al voltant del 0,36-1,28/1000 habitants a l'any, segons les guies de la Societat Europea de Cardiologia⁶, no deixa de ser una entitat de gran impacte social i sanitari, sobretot quan afecta persones joves, moltes d'aquestes esportistes. Com que les causes més importants són la malaltia arterial coronària i les miocardiopaties, seran aquí les mesures encaminades a la prevenció primària la millor forma de lluitar i reduir la seva incidència. Una altra qüestió diferent és l'aturada cardíaca, que pot tenir lloc tant en l'àmbit hospitalari com en l'extrahospitalari, amb una molt elevada mortalitat, i en què en el seu pronòstic intervenen, a més de l'alteració

del ritme cardíac detectat (fibril·lació ventricular, taquicàrdia ventricular (TV), assistòlia, dissociació electromecànica, altres consideracions importants són el lloc on succeeix, la rapidesa de resposta, la dotació de desfibril·ladors, etc. a part, sens dubte, dels esforços preventius.

6. El nombre d'implants de desfibril·ladors automàtics implantables (DAI) ha augmentat en els últims anys i arriba a la xifra de 1.414 el 2004, amb una taxa de 49 per milió d'habitants (9 el 1996). Les dades no són completament fiables, encara que corresponguin a l'Informe Oficial del Grup de Treball⁷, ja que no tots els implants estan registrats.

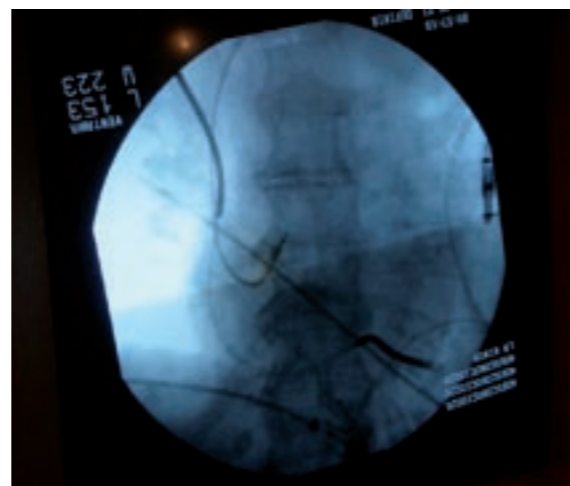
De la mateixa manera succeeix amb el registre de DAI, tant els d'ablació⁸ com els de marcapassos⁹ evidencien un increment significatiu dels procediments realitzats en els últims temps. Més de 4.000 per any, amb una mitjana de 115 ablacions per centre i 452 primoimplants per milió d'habitants el 2004.

Les arítmies cardíques constitueixen el 5% de les causes de síncope que acudeixen al servei d'Urgències

Aquesta és la situació actual de les arítmies a Espanya i implica un avenç important tant en el coneixement dels mecanismes de les arítmies com en l'aplicació de tècniques noves pel seu maneig. I s'ha passat de l'especulació dels electrocardiogrames a l'anàlisi acurada de registres intracavitaris i estudis electrofisiològics amb sistemes de recollida de dades d'alta sofisticació. Nous navegadors de mapa electrofisiològic permeten identificar l'activació elèctrica de les cavitats cardíques i realitzar una reconstrucció 3D de l'aurícula esquerra i venes pulmonars. Nous sistemes com el Cartomerge i Carto permeten integrar imatges prèvies de RM i TC amb una reconstrucció virtual electroanatómica que permeten definir referències anatòmiques, així com delimitar zones segures per a l'aplicació de radiofre-



Instal·lacions del Servei de Cardiologia de l'HUAV i membres de l'equip



èxit total i des de llavors han estat sis els dispositius implantats, xifra encara insuficient per aconseguir els nivells que es consideren apropiats per al total de la població de la regió sanitària de Lleida, població que es veu ja beneficiada per no haver de dependre i desplaçar-se a la ciutat de Barcelona per al seu tractament.

El 25 d'octubre del 2007 és una altra data que cal recordar per a l'inici dels estudis electrofisiològics i ablacions, es pot dir que avui dia hem pogut absorbir la llista d'espera que teníem pendent amb els nostres hospitals de referència.

Més de 230 implants de marcapassos l'any passat, més de 1.300 revisions, interpretació de l'electrocardiografia dinàmica amb més de 600 Holters, consulta externa específica d'arítmies —gairebé 500 consultes el 2007—, etc. completen la labor assistencial de la unitat, que és oberta a tots els professionals, però que per la subespecialitat que suposa i la complexitat, de vegades, de la patologia, el circuit natural de derivació ha de ser filtrat, en primer lloc, per cardiologia primària, que és la que rep els pacients en primera instància, i posteriorment reconduir-los, si escau, a la unitat d'arítmies, que finalment valorarà el tractament adequat que cal dur a terme.

Finalment, conclourem que les arítmies constitueixen un important problema sociosanitari. El cost elevat que pot representar la progressiva implantació de les noves tècniques ha de compensar el benefici que comporta per a un important segment de la nostra població i que la incorporació al nostre medi de tècniques cada cop més sofisticades ha de constituir un avenç imparable amb l'objectiu de ser un centre especialitzat de referència dins de l'àmbit provincial.

Jordi Tomàs, Jaume Roca, Berta Daga i Maria Matiello

qüència.

Doncs bé, a Lleida, dins el Servei de Cardiologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), des de la seva formació, s'han anat incorporant també els recursos necessaris per al funcionament d'una unitat que, formada en el moment actual per quatre metges, com Jordi Tomàs, Jaume Roca, Berta Daga i Maria Matiello, fan possible el diagnòstic i tractament correcte de les arítmies al nostre medi i així podem dir que des del 31 d'agost del 2007, data en la qual es va implantar el primer DAI, comença una sèrie de projectes i iniciatives en el camp assistencial de les arítmies que mai anteriorment no s'havia pogut dur a terme. Un dels primers implants de desfibril·lador extern que es realitza fora de l'àrea de Barcelona s'efectua el 31 d'agost de l'any passat amb

BIBLIOGRAFIA

1. Stewart S, Murphy N, et al. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK. *Heart* 2004; 90: 286-92.
2. García Acuña JM, González Juanatey JR, et al. La fibril·lació auricular permanente en las enfermedades cardiovasculares en España. *Estudio Cardiotens* 1999. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 943-52.
3. Masia R, Sala J, Marrugat J, Pena A. Investigadores del estudio Regicor.

4. Vázquez E, Muñoz J, et al. Análisis de las arritmias cardíacas y los trastornos de conducción desde una perspectiva asistencial. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 657-65.
5. Priori SG, Aliot E, et al. Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology. *Eu Heart J*. 2001; 22: 1374-450.
6. Martín-Martínez A, Moya

7. Peinado R, Arenal A, Arribas F, et al. Registro español de desfibrilador automático implantable. *Primer Informe Oficial del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Implantable de la Sociedad Española de Cardiología* (2002-2004). *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 1435-49.

8. Álvarez López M, Rodríguez Font E, et al. Registro español de ablación con catéter. IV Informe Oficial de la Sección de Electrofisiología y Arritmias de la Sociedad Española de Cardiología (2004). *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 1450-8.
9. Coma Sanmartín R. Registro Español de Marcapassos. II Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología (1994-2003). *Rev Esp Cardiol* 2004; 57: 1205-12.

La diabetis tipus 1 o autoimmunitària, dels models animals a l'ésser humà

La diabetis tipus 1 (T1D) és una malaltia d'origen autoimmunitari caracteritzada per la destrucció selectiva de les cèl·lules beta pancreàtiques, que són les responsables de la producció d'insulina. Existeix un primer període subclínic que pot durar mesos, i fins i tot alguns anys, durant el qual es desenvolupa la resposta autoimmunitària i s'inicia un procés d'infiltració leucocitària en els illots pancreàtics, denominat insulinitis, que induïx a la destrucció progressiva de la massa cel·lular beta (figura 1). El debut clínic de la malaltia esdevé quan han desaparegut més del 80% de les cèl·lules productores d'insulina i es caracteritza principalment per l'aparició d'hiperglucèmia, cetosi i tota la clínica que l'acompanya (polidípsia, polifàgia, poliúria, pèrdua de pes...).

Aquesta malaltia afecta un de cada 300 nens a tot el món i és una incidència molt variable segons la zona geogràfica. Així, per exemple, les incidències més altes les trobem a Finlàndia i a Sardenya, amb 40 i 30 casos per 100.000 habitants i any, respectivament, mentre que les incidències més baixes es troben a Sud-amèrica i a la Xina, amb menys d'un cas anual per cada 100.000 habitants. Al nostre país, ens trobaríem en una zona intermèdia, amb una incidència de 12-20 nous casos l'any per cada 100.000 habitants. La T1D es pot presentar en qualsevol moment de la vida, és a dir, des dels primers mesos de vida fins a la vellesa. Tot i així, existeix un pic d'incidència entre els 11 i 14 anys on, de fet, es troben gairebé la meitat de tots els casos de la malaltia i un segon pic al voltant dels 40-45 anys. Adicionalment, hi ha un tipus de diabetis autoimmunitària que coneixem com diabetis autoimmunitària de progressió lenta en adults (LADA, de l'anglès "latent autoimmune diabetes in adults"), i que, moltes vegades, s'etiqueta erròniament com diabetis de tipus 2, perquè es presenta en els pri-

mers mesos o anys com una diabetis que es tracta sense insulina.

Els estudis poblacionals han demostrat que la susceptibilitat individual a la T1D, com succeeix en altres malalties autoimmunitàries, té un origen multifactorial, en el qual intervenen tant factors genètics com ambientals i estocàstics. Dins dels factors genètics, se sap que en la susceptibilitat a la malaltia hi intervenen múltiples gens, dels quals destaquen els del Complex Major d'Histocompatibilitat o HLA (per exemple, els portadors del HLA DR3 i/o DR4 i/o DQ8), o polimorfismes del mateix gen de la insulina o d'una molècula implicada en la regulació del sistema immunitari coneguda com CTLA-4. Pel que fa als factors ambientals, es dona molta importància a l'efecte que els mateixos microorganismes poden tenir induint la malaltia (per exemple, infeccions víriques amb un tropisme per cèl·lules beta) o, pel contrari, per la seva funció "reguladora i supressora" de la resposta del sistema immunitari, fet que ha donat lloc a la "hipòtesi de l'higiene", en la qual la manca de contacte amb patògens i paràsits i la manca d'una flora microbiana "normal" induiria a una mala resposta del sistema immunitari, que conduiria, finalment, a les malalties autoimmunitàries, com ara la T1D i també a altres alteracions de la funcionalitat del sistema immunitari com ara les al·lèrgiques. També en la dieta hom creu que té una importància cabdal. En aquest context, s'ha atribuït a la introducció massa precoç de determinats aliments, com ara la llet de vaca i/o els cereals amb gluten, un increment en la incidència de la malaltia. Finalment, existeixen factors intrínsecs, propis de cada individu, que són clau en el desenvolupament final de la malaltia, com ara el factor hormonal (s'ha de recordar que la malaltia té un pic d'incidència a la pubertat i un altre prop del climateri), o també el nivell de maduració del mateix

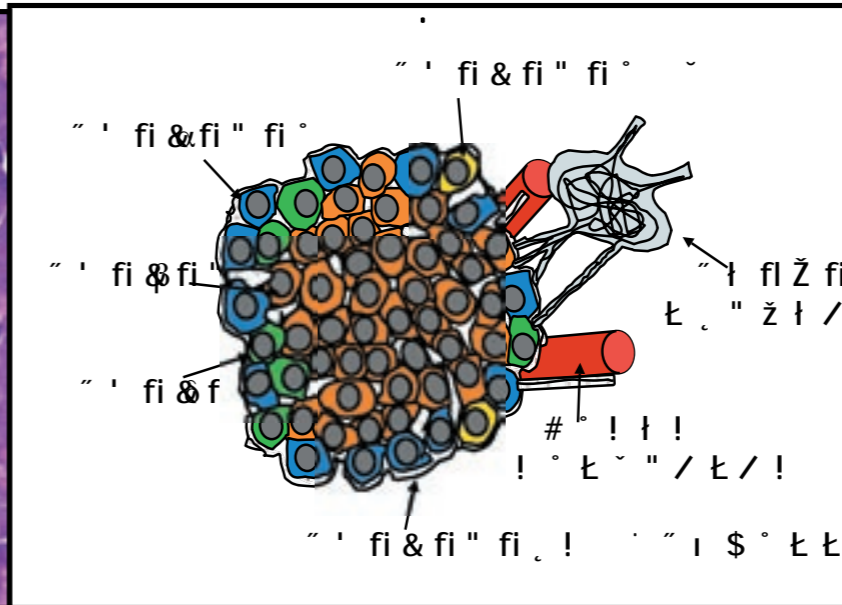
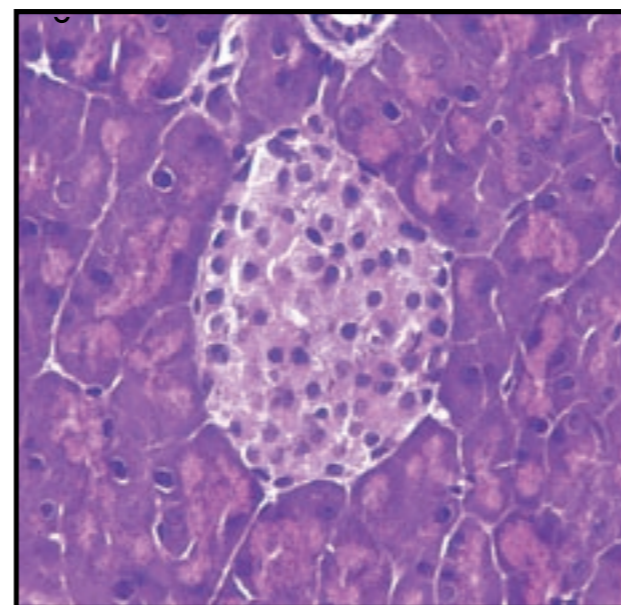


Figura 1. A: Hematoxilina/eosina d'una secció de pàncrees de ratolí NOD.RAG2-/-. En aquesta imatge es pot apreciar un illot pancreàtic envoltat de teixit exocrí. **B: Esquema d'un illot pancreàtic.** Està format per cèl·lules amb funcions endocrines; les més nombroses són les cèl·lules β (65-80%) productores d'insulina, seguides de les cèl·lules α (20%) productores de glucagó, cèl·lules δ (5-10%) productores de somatostatina i, finalment, les cèl·lules F (2%) productores de polipèptid pancreàtic. Els illots estan recoberts per una capa de cèl·lules de Schwann amielíniques. Prop de l'illot hi sol haver un complex neuroinsular on convergeixen bona part de les fibres nervioses que innerven l'illot. Cada illot està irrigat des del centre cap a la perifèria per una xarxa de capil·lars.

sistema immunitari amb l'existència o no de clons de limfòcits T i B amb potencial autoreactiu.

Des del punt de vista del sistema immunitari, se sap que la malaltia és causada principalment per la resposta directa de limfòcits T citotòxics autoreactius que reconeixen autoantigens presents a les cèl·lules beta, dianes de la malaltia. Pel que fa als limfòcits B, es creu que podrien actuar com a cèl·lules presentadores d'antigen, mentre que es desconeix si els autoanticossos contra aquests mateixos autoantigens tenen o no rellevància per al desenvolupament de la malaltia.

Els autoantigens que més freqüentment s'han implicat en la malaltia són GAD (descarboxilasa de l'àcid glutàmic), IA-2 (insulinoma-associated protein 2), IGRP (islet-specific glucose-6-phosphatase catalytic subunit-related protein), insulina, proinsulina, CPE (carboxypeptidase H), ICA69 (islet cell autoantigen of 69kDa) i gangliòsid GM2-1.

Des del punt de vista clínic, s'arriba al diagnòstic de la malaltia a través del mateix quadre clínic del pacient, la necessitat de tractament amb insulina i a través de l'estudi i confirmació de l'existència d'una resposta autoimmunitària contra les cèl·lules beta pancreàtiques. Aquesta última es basa fonamentalment en la identificació d'autoanticossos contra l'illot (ICA) i/o contra GAD, IA-2 i insulina.

1. Models animals en la diabetis tipus 1

Els models animals han estat importants per al coneixement i tractament de la malaltia. Així, a principis del segle vint, els canadencs Frederick Grant Banting, Carles Best, James Collip i J.J.R. Macleod, de la Universitat de Toronto, van descobrir la insulina gràcies als treballs experimentals realitzats en gossos pancreatectomitzats,

i això els va suposar el Premi Nobel de medicina l'any 1923. Fins als anys 50, la utilització de models de diabetis "induída quirúrgicament" en diferents models animals (gossos, porcs, conills i rates) va ser clau per al coneixement anatómic i fisiològic del pàncrees endocrí.

Més endavant, als anys 60 i 70, es van desenvolupar tècniques experimentals d'inducció d'hiperglucèmia mitjançant tractaments amb toxines selectives com l'estreptozotocina. Així, es va observar que en ratolins dosis altes d'estreptozotocina produïen la destrucció de les cèl·lules beta pancreàtiques a través d'un efecte tòxic massiu i directe i es presentava, d'aquesta manera, una hiperglucèmia alta en pocs dies, mentre que l'administració de petites dosis consecutives induïa un infiltrat leucocitari a nivell insular, que va estar i ha estat objecte d'estudi de les possibles vies d'inducció de la mort cel·lular de les cèl·lules beta pancreàtiques. Van ser, per tant, models fonamentals en l'estudi de la hiperglucèmia, en les seves complicacions i en el desenvolupament de nous tractaments farmacològics. De fet, els models de diabetis induïda amb estreptozotocina en rata van ser la base del desenvolupament dels trasplantaments d'illots. Amb tot, no es considera un bon model de diabetis tipus 1, perquè la malaltia no és espontània ni de

cap manera produïda per una resposta immunitària específica o adquirida, tal com succeeix en la T1D humana.

A principis dels anys 80, diferents grups d'investigadors, amb l'objectiu comú d'obtenir millors models experimentals de diabetis autoimmunitària, van derivar línies de rosegadors consanguinis que desenvolupaven espontàniament diabetis. D'aquesta forma, es va generar, d'una banda, la soca de ratolí NOD i, de l'altra, la soca de rata BB. Des d'aquell moment i fins avui, aquests dos models, i en especial el ratolí NOD, han estat la base per a l'estudi de l'etiopatogènia de la diabetis tipus 1 o autoimmunitària.

2. El ratolí NOD. Variants transgèniques i "knock-out"

Des de la seva descripció, als anys 1980, la soca murina NOD (non-obese diabetic) ha estat àmpliament utilitzada en l'estudi de la T1D. Com en els humans, en aquests ratolins la malaltia es desenvolupa espontàniament, amb presència de cèl·lules T CD4+ i CD8+ autorreactives i anticossos antiillot. De fet, aquests animals desenvolupen també una resposta autoimmunitària contra altres òrgans i teixits, com ara les glàndules salivals, tiroides, sistema nerviós i pròstata, i fan palès que, com en

el cas d'alguns pacients amb T1D, un defecte general en la tolerància/regulació del sistema immunitari.

En aquests animals, l'infiltrat leucocitari en els illots s'inicia a partir de les 3-5 setmanes d'edat, però no és a partir de les 12 setmanes de vida que la malaltia es manifesta clínicament. Malgrat que és una soca congènita i, per tant, on tots els individus són iguals genèticament, no tots pateixen diabetis, encara que sí insulinitis. Així, aproximadament el 80% de les femelles i un 20-40% dels mascles acaben desenvolupant diabetis, fet que denota la importància que tenen els factors ambientals i estocàstics en l'aparició final de la malaltia.

Aquest model animal de diabetis autoimmunitària espontània ha estat, i segueix sent, fonamental en la investigació sobre la T1D a diferents nivells, com ara la identificació dels gens que confereixen resistència/susceptibilitat a la malaltia i dels factors endògens i ambientals que modulen l'aparició de la malaltia i també dels mecanismes immunològics implicats en la resposta autoimmunitària contra les cèl·lules beta i dels autoantigens contra els quals es dirigeix aquesta resposta. D'altra banda, els ratolins NOD han estat objecte de nombrosos estudis per a la recerca de possibles teràpies preventives i/o terapèutiques, especialment mitjançant la utilització d'agents immunomoduladors.

Pel que fa als factors ambientals, s'ha determinat que són clau perquè la malaltia es desenvolupi en aquest model. Així, s'ha observat que en condicions ambientals controlades entre 18 i 20 °C de temperatura, lliures de patògens oportunistes SPF (specific pathogen free) i amb dietes riques en fibres vegetals (riques en gluten), la incidència de la malaltia és molt alta. Al contrari, en estabulacions convencionals on els animals entren en contacte amb diferents microorganismes, la incidència de la malaltia pot arribar a ser zero. Des d'aquest punt de vista, aquest fet recolzaria decidivament la hipòtesi de la higiene abans esmentada. Actualment, un gran nombre de treballs de recerca amb el ratolí NOD van encaminats a desxifrar els factors ambientals implicats i la seva acció en la prevenció de la malaltia.

Pel que fa als estudis genètics en aquest model i en humans, han desvetllat que la susceptibilitat genètica a la malaltia té moltes similituds en ambdues espècies. Així, s'han identificat múltiples loci implicats en la malaltia. El principal locus de susceptibilitat a la diabetis es troba en els gens que codifiquen per les molècules del MHC: la presència d'un aminoàcid serina a la posició 57 de la cadena I-A β en el ratolí, així com també a la cadena DQ β en humans, origina un al·lel que confereix susceptibilitat a la malaltia, mentre que un aminoàcid aspàrtic en aquesta posició confereix resistència. Aquesta

homologia estructural entre els al·lells de susceptibilitat corresponents a les molècules de MHC de classe II, IDDM1 en humans (DQ8) i Idd1 en ratolí (I-Ag7) suggereix defectes en els processos de presentació antigènica en la T1D. La presència d'aquest al·lel és essencial, però no suficient perquè es desenvolupi la malaltia. Així, tant en el ratolí NOD com en els pacients diabètics s'ha descrit la participació d'altres loci de susceptibilitat que s'han associat a gens relacionats amb l'homeòstasi de la resposta immunitària, a mecanismes de tolerància o immunoregulació, o fins i tot amb la fisiologia de la mateixa cèl·lula beta pancreàtica. S'han descrit una vintena d'idds i IDDM en el ratolí NOD i en humans, respectivament, encara que no tots han coincidit en ambdues espècies. Dins d'aquests loci s'ha observat una clara associació en humans del locus IDDM2 i IDDM12 amb el gen de la insulina i de la molècula CTLA-4, respectivament, mentre que en el ratolí NOD l'associació s'ha establert entre el locus Idd5.1 i el gen de CTLA-4 i una possible associació entre els gens de NRAMP1 i d'IL-2 o IL-21, amb els loci Idd5.2 i Idd3, respectivament. Tots aquests són gens implicats en la resposta immunitària. De fet, el ratolí NOD presenta diverses "peculiaritats" en el seu sistema immunitari: s'han descrit deficiències en la capacitat coestimuladora de les cèl·lules presentadores d'antigen, la disminució del nombre i funció de les cèl·lules NK T i cèl·lules T CD4+CD25+ amb funció reguladora, limfopènia a nivell perifèric, així com també defectes en la senyalització a través del TCR que condueixen a una disminució de la resposta per part de les cèl·lules T. Aquest conjunt de factors, a banda d'altres defectes descrits a nivell tímic, són possiblement els que condueixen cap a un defecte de la tolerància central i perifèrica en aquests animals.

Per les analogies amb la T1D humana, la patogènia de la T1D en ratolins NOD ha estat llargament estudiada, amb l'esperança que això permeti desxifrar i conèixer els mecanismes que participen en l'atac autoimmunitari. Així, l'estudi d'aquest model i de les seves variants transgèniques i *knock-out* ha fet possible descobrir que els limfòcits T són els responsables de la destrucció directa de les cèl·lules beta pancreàtiques, però també que altres cèl·lules del sistema immunitari, com les cèl·lules dendrítiques, els macròfags i els limfòcits B hi tenen un paper rellevant en l'activació dels primers actuant com a cèl·lules presentadores d'antigen (APC) (figura 2). Dins de la població de limfòcits T, s'ha descobert que ambdues poblacions, CD4+ i CD8+, són necessàries perquè es produeixi la malaltia. Es creu que en la fase inicial de la malaltia serien els limfòcits T CD8+ els que portarien a terme l'atac contra les cèl·lules beta

Pel que fa als limfòcits B, també sembla que tenen un paper important en el desenvolupament de la resposta autoimmunitària

(que, per raons encara no establertes, s'iniciaria entre les 3 i 5 setmanes de vida de l'animal, poc després del deslletament). Però se sap també que perquè aquests limfòcits T CD8+ tinguin capacitat d'arribar als illots necessiten la col·laboració de limfòcits T CD4+. Diferents estudis apunten que la captació més primerenca d'autoantigens procedents de cèl·lules beta, per part d'APC (probablement macròfags i cèl·lules dendrítiques) residents als illots es realitzaria a partir de les 2-3 setmanes d'edat, coincidint amb una mort "fisiològica" massiva de cèl·lules beta i cèl·lules del sistema nerviós perifèric implicades en la innervació de l'illot. Posteriorment, aquestes APC s'activarien i migrarien als ganglis limfàtics regionals, on presentarien els autoantigens a limfòcits T CD4+ i CD8+ autoreactius. Seria llavors quan els limfòcits T CD8+ citotòxics viatjarien als illots pancreàtics i iniciarien la destrucció de les cèl·lules beta. En una segona fase, els autoantigens "alliberats" després del primer "atac" serien captats, processats i presentats per APC a limfòcits T CD4+ col·laboradors i citolítics que, juntament amb els limfòcits T CD8+, infiltrarien els illots (insulinitis) i continuarien, d'aquesta manera, la destrucció progressiva de la població de cèl·lules beta.

Pel que fa als limfòcits B, també sembla que tenen un paper important en el desenvolupament de la resposta autoimmunitària. D'una banda, els estudis amb ratolins NOD deficients en limfòcits B indiquen que aquesta població cel·lular podria tenir un paper clau actuant com a cèl·lula APC, responsable de donar el segon senyal d'activació als limfòcits T autoreactius. D'altra banda, limfòcits B autoreactius contra cèl·lula beta es diferenciarien de cèl·lules productores d'autoanticossos contra autoantigens propis d'aquesta població cel·lular. A més d'orientar el diagnòstic de T1D, la detecció d'aquests autoanticossos circulants s'utilitza per a la detecció precoç de la malaltia en pacients d'alt risc, ja que apareixen en la fase subclínica de la malaltia. Es desconeix, però, la seva implicació en la patogènia de la malaltia.

Un punt clau per al coneixement de l'atac autoimmunitari és la recerca dels autoantigens contra els quals es dirigeix

aquest atac. En aquest sentit, se sap que durant el procés subclínic es produeix una expansió en la diversitat de limfòcits T i B autorreactius. Això es deu al fet que amb la mateixa destrucció de les cèl·lules beta s'alliberen nous autoantigens (efecte conegut com "antigenic spreading") que acaben sent diana de la resposta autoimmunitària i com a resultat final, la diversificació dels autoanticossos presents en el sèrum. Per aquesta raó, s'han dedicat molts esforços a la identificació dels autoantigens contra els quals es dirigeix la resposta inicial. D'aquesta manera, alguns grups de recerca han aïllat clons de limfòcits T autoreactius procedents d'insulinitis incipients i han estudiat la seva especificitat i el seu comportament quan el seu TCR és àmpliament expressat de forma transgènica. Aquests estudis assenyalen la insulina i la IGRP com possibles autoantigens inicials en la diabetis. A més, aquests estudis indiquen que el comportament d'aquests limfòcits T autoreactius depèn, en bona part, de l'afinitat del seu TCR per l'autoantigen en qüestió i són més dependents de coestímuls aquells limfòcits en els quals el seu TCR té menor afinitat per l'autoantigen.

S'han generat un gran nombre de models de ratolí NOD transgènics i *knock-outs*, així com també d'estudis basats en el bloqueig selectiu d'alguna molècula mitjançant l'administració d'anticossos monoclonals amb l'objectiu d'analitzar en profunditat el paper de diverses molècules implicades en la coestimulació dels limfòcits T (B7.1, B7.2, CTLA-4, CD28) en la T1D. La interpretació dels resultats obtinguts en aquests models no sempre és senzilla, ja que, en ocasions, les mateixes vies d'activació dels limfòcits T efectors són també compartides per poblacions de limfòcits T reguladors, és a dir, amb funcions antagoniques. De la mateixa manera, aquestes tècniques s'han utilitzat també en l'estudi de citoquines i quimiocines suposadament implicades en l'activació o supressió de la resposta autoimmunitària (IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-12, TGF- β , TNF- α , IFN- γ). Però sovint la informació obtinguda en aquests estudis no és conclouent i, de fet, molts cops contradictòria, com, per exemple, l'efecte observat en un animal deficient per un determinat element no és contrari al que s'observa quan se sobreexpressa aquest mateix element transgènica, com s'esperaria. Aquest efecte es deu al fet que, sovint, els mecanismes implicats en la resposta immunitària són redundants i, quan un d'aquests elements falla, un altre pot actuar en el seu lloc, i emascarar així la seva funció i/o defecte. Tampoc s'ha d'oblidar que algunes citosines poden tenir efectes diferents si són expressades sistemàticament o localment.

A més dels defectes propis en la regulació del sistema immunitari, la condició

funcional de les pròpies cèl·lules beta és decisiva en la patogènesi de la DM1. Així, s'han assenyalat com a causes del procés autoimmunitari la disfunció i l'increment en la mort de cèl·lules beta en el moment que finalitza la lactància i comença la dieta adulta (2-3 setmanes de vida), just abans que apareguin els primers infiltrats insulars. També s'ha relacionat un increment de l'activitat funcional de les cèl·lules beta amb un augment de la incidència de la malaltia. Així, en ratolins NOD, el tractament preventiu amb insulina, que redueix l'activitat funcional de les cèl·lules beta insulars, condueix a un descens en la incidència de la diabetis.

Aquests resultats suggereixen que un increment en l'activitat de la cèl·lula beta pot portar-la a un procés d'estrès i, en darrer terme, pot induir a: 1) un increment de la presentació antigènica en cèl·lules beta; 2) una possible producció de nous autoantigens (neogèns); i/o 3) un increment de la mort de les cèl·lules beta amb la conseqüent producció i alliberació de senyals de perill (àcid úric, interferons, *heat-shock* proteïnes, productes de degradació de la matriu extracel·lular, etc.). De fet, s'ha descrit que les cèl·lules beta de ratolins NOD són constitutivament més sensibles a les citosines proinflamàtores, com ara la

IL-1 β , el TNF i al IFN- γ . Tot això fa suposar que en ratolins NOD les possibilitats de presentació d'autoantigens insulars per part de cèl·lules APC a limfòcits T amb especificitat per cèl·lules beta és major que en altres soques de ratolí. Sens dubte, el model NOD ha estat també àmpliament utilitzat en la recerca de noves teràpies per prevenir o curar la diabetis. El gran avantatge d'aquest model sobre d'altres és que ha estat estudiat àmpliament i es coneix perfectament la cinètica de la malaltia, és a dir, quan s'inicia la resposta autoimmunitària (2-3 setmanes d'edat) i que existeix una àmplia finestra de temps durant la qual la insulinitis va progressant de forma subclínica (de la setmana 3 a la 15). Això permet estandarditzar en quin moment s'ha d'iniciar una teràpia preventiva. De fet, s'han publicat prop de 200 teràpies amb capacitat de prevenir o retardar l'aparició de T1D en ratolins NOD, i moltes mitjançant l'administració d'agents immunomoduladors a partir de les 4-6 setmanes d'edat. Malauradament, molt poques són aplicables i/o efectives en els pacients de T1D.

3. La rata BB

La rata BB (BioBreeding Diabetes-Prone Rat) va ser originada el 1983

mitjançant la selecció de rates amb hiperglucèmia en una colònia de rates Wistar. A diferència de la soca NOD, la incidència de diabetis és semblant en mascles i femelles (de manera similar al que succeeix en els humans) i pot arribar a ser del 90% si els animals són establats en condicions SPF (lliures de patògens). La diabetis "clínica" en aquest model es presenta a les 10-16 setmanes de vida, però la fase preclínica d'insulinitis és de tan sols dues setmanes.

També, en aquest model s'ha analitzat la susceptibilitat genètica a la T1D. Fins ara s'han descrit 5 loci de susceptibilitat (iddm1). Una vegada més, s'ha observat que la regió gènica on es troben els gens del MHC està estretament lligada amb la susceptibilitat a la malaltia (iddm1). No obstant això, una peculiaritat de la rata BB és el locus iddm2, on es troba el gen lyp i que és indispensable per al desenvolupament de la diabetis en aquest model. La soca BB és homocigota per la mutació lyp, que origina una acusada limfopènia caracteritzada per una important reducció del nombre de limfòcits T CD4+ i per l'absència pràcticament total de limfòcits T CD8+ en sang perifèrica. No obstant això, la destrucció de les cèl·lules beta en aquest model també la porten a

Al mal temps... bona casa

Vallehermoso, amb tu des de 1963

independitza't

• T'ajudem amb la teva hipoteca

canvia de casa

• T'ajudem amb la venda de casa teva

I a més a més

inverteix

• Et garantim una renda mensual

• Entrada a mida • Preu mínim garantit • Ajuda mensual a la hipoteca • Assegurança d'atur •



Arcadia Residencial

A LA ZONA DE CIUTAT JARDÍ

- Habitatges de 3 dormitoris amb grans terrasses
- Piscina i zona enjardinada comunitària
- Dúplex de 4 i 5 dormitoris de més de 150 m²
- Acabats de qualitat

Oferta vàlida del 02/06/08 al 31/07/08 per a les 4 primeres unitats

CONSULTA ELS BENEFICIS DEL TEU PLA A LA NOSTRA OFICINA DE VENDES

• Avda. Blondel, 11 (LLEIDA)

Vallehermoso


902 269 100
www.vallehermoso.es

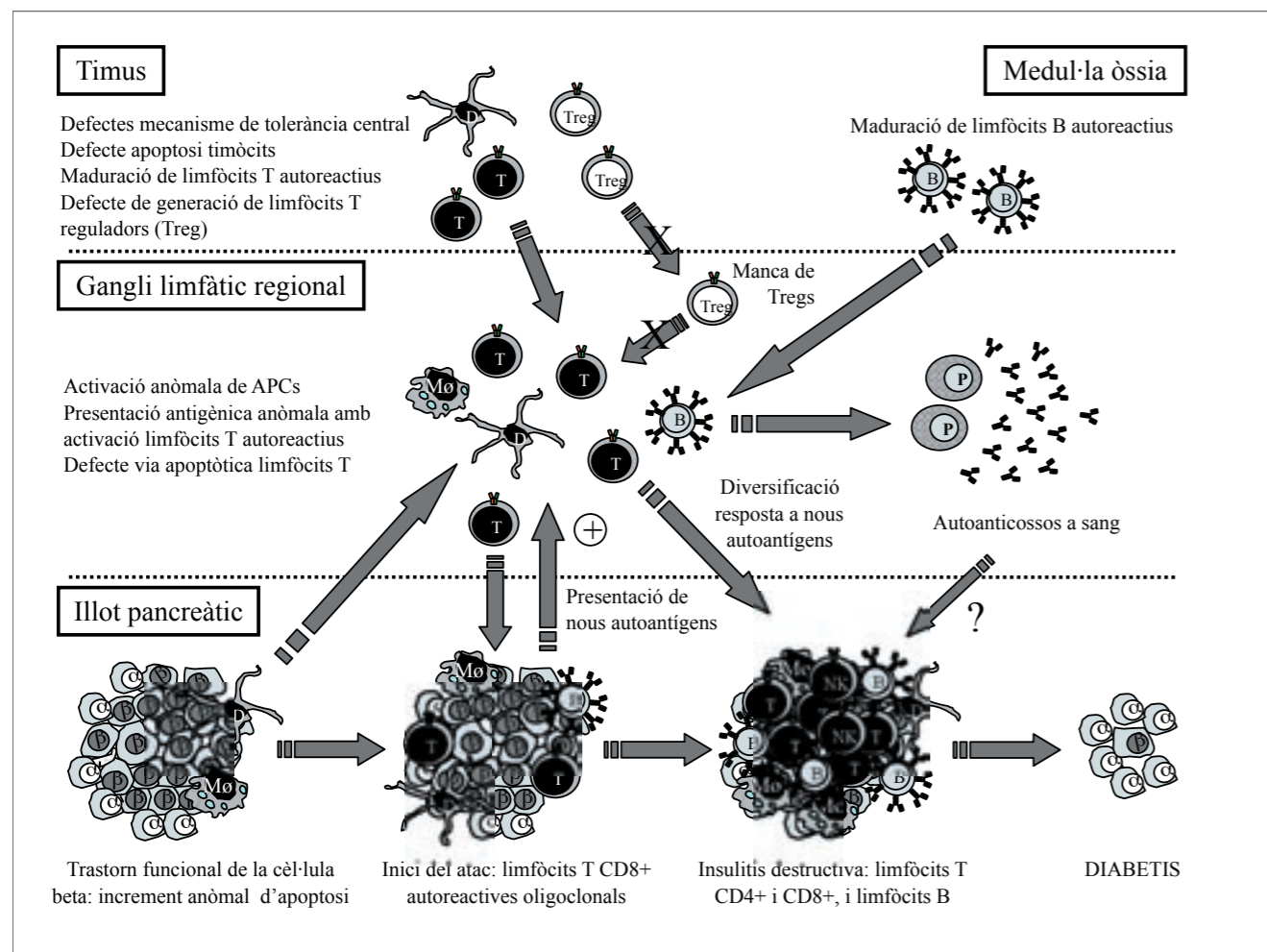


Figura 2. Factors desencadenants de la resposta autoimmunitària en ratolins NOD. Esquema dels possibles defectes i alteracions implicats a l'inici i posterior desenvolupament de la DM1 en el ratolí NOD. S'ha suggerit que la inestabilitat de la presentació peptídica mitjançant molècules del MHC del haplotip H-2g7 poden contribuir participant en un defecte en la capacitat de selecció negativa en el timus. Això, afegit al defecte en la via apoptòtica dels timòcits, pot fer que "s'escapin" del timus, limfòcits T amb alta capacitat autoreactiva. També aquests defectes tímics sembla que afecten la maduració de cèl·lules T amb capacitat reguladora (Treg) i, en conseqüència, es produiria una disminució d'aquesta població en perifèria. Per la seva part, en els illots pancreàtics, una alteració fisiològica de les mateixes cèl·lules beta podria contribuir a l'alliberació anòmala d'autoantígens (aproximadament 2 setmanes d'edat), que podrien ser captats i transportats als ganglis limfàtics regionals mitjançant cèl·lules APC. En els ganglis regionals es produiria el primer contacte entre les APC i els limfòcits T autoreactius específics de cèl·lula beta. Les anomalies en la presentació i en la via apoptòtica dels limfòcits T i la manca de cèl·lules reguladores contribuirien a l'activació dels limfòcits T autoreactius. És molt possible que al principi només alguns limfòcits T CD8+ serien activats i, d'aquesta manera, portarien a terme la "primera agressió" contra les cèl·lules beta. Aquesta resposta inicial contribuiria a l'alliberació de nous autoantígens que induirien a una major diversificació de la resposta autoimmunitària i, en conseqüència, a un major reclutament de limfòcits T CD4+ i CD8+ citotòxics i de limfòcits B in situ. En aquest punt, la insulinitis aniria progressant i es produiria la destrucció massiva de la massa cel·lular beta, amb el resultat final de diabetis. Se sap que en els ganglis limfàtics també s'activen limfòcits B, dels quals se'n generen cèl·lules plasmàtiques que secreten autoanticossos detectables en el sèrum del pacient, aquests darrers, però, amb una funció indeterminada.
T= limfòcit T; Treg= limfòcit T reguladora; B= limfòcit B; Mφ= macròfag; D= cèl·lula dendrítica; β= cèl·lula beta; P= cèl·lula plasmàtica.

termes dels limfòcits T CD4+ i CD8+. S'ha descrit que la mutació lyp provoca un important increment en la taxa d'apoptosi dels limfòcits T madurs, tant abans de sortir del timus com després, una vegada aquests són activats. Sembla que els pocs limfòcits T memòria que queden circulant són rescatats de l'apoptosi si són estimulats via antígen; com a conseqüència del contacte amb autoantígens produiria una hiperexpansió clonal dels limfòcits T autoreactius. Paral·lelament, altres defectes a nivell de

timus, cèl·lules dendrítiques, cèl·lules T reguladores i cèl·lules NK, contribueixen també als defectes de tolerància central i perifèria en aquest model animal.

4. Altres models de T1D

El 1991 es va descriure el model de rata LETL (Long Evans Tokushima Lean) com a model animal de T1D. En aquest cas, com en els altres precedents, va ser el resultat de la selecció d'una línia d'animals diabètics. Aquests animals

també desenvolupen espontàniament T1D, sense biaix de gènere i sense presentar limfopènia. També en aquest cas es presenta un component genètic poligènic, amb una forta contribució de l'haplotip de MHC, que és el mateix que el de la rata BB.

Recentment, el 2001 es va descriure el model de rata LEW.1AR1/Ztm- iddm. Encara que, aproximadament, només un 20% dels animals d'aquesta soca desenvolupen diabetis, és remarcable que la resta d'animals ni tan sols

desenvolupen insulinitis. A més, l'infiltrat d'aquests animals està predominantment format per cèl·lules CD8+. Aquests dos aspectes són interessants, ja que ambdós aspectes es donen en pacients de T1D. De fet, en humans no s'ha observat la insulinitis "benigna" que s'ha descrit en les soques murines resistents (ex.: la soca de ratolí NOR) o en la fracció d'individus resistents que trobem en la soca de ratolí NOD (ex.: mascles) que desenvolupen una "insulinitis no destructiva" que no desemboca en diabetis.

Val la pena remarcar que, actualment, també està en vies de desenvolupament l'estudi de la diabetis tipus 1 en animals domèstics com els gossos i gats; en aquest cas, però, no únicament com a models experimentals, sinó com a malaltia en el camp de la veterinària. La incidència de T1D en gossos és d'1/200 casos i en gats, d'1/800.

5. Dels models animals a l'ésser humà

No hi ha cap dubte que els models animals de T1D han estat i són la font més important de coneixement sobre aquesta patologia, tant pel que fa al coneixement de la fisiologia de les cèl·lules beta pancreàtiques, com de l'activació i desenvolupament de la resposta autoimmunitària que les destrueix. No obstant això, no s'ha d'oblidar que, com el seu nom indica, són només models de la patologia humana en qüestió. Així doncs, no tota la informació que ens separa dels rosegadors des de fa 65 milions d'anys ha determinat l'existència de diferències tant anatòmicament com fisiològicament, ja que cada espècie s'ha adaptat a les exigències del nínxol ecològic on habita. Aquestes diferències també les trobem en el sistema immunitari d'ambdues espècies, tant en la immunitat innata (defensines, receptors Toll-like, vies d'activació dels macròfags, receptors de cèl·lules NK i NKT) com de resposta adaptativa (receptors FcR, isotips de les immunoglobulines, senyals de maduració de les cèl·lules B i T, cèl·lules T γδ, efectes de la IL-10, nivells d'expressió de CD28, selectines, quimosines, capacitat presentadora per part de limfòcits T i cèl·lules endotelials).

Tot i l'existència d'aquestes diferències, la base fonamental és que en tots els models experimentals d'estudi de la diabetis tipus 1 es produeix, de forma espontània, un atac autoimmunitari contra les cèl·lules beta pancreàtiques, vehiculat per cèl·lules T autoreactives, fet que també succeeix en la T1D en humans. A més, en l'ésser humà, com en tots els models, l'origen de la malaltia és multifactorial i poligènic i sempre és

Encara no és possible conèixer si un individu susceptible de patir la malaltia finalment la desenvoluparà, i si és el cas, quan succeirà

el locus del MHC lligat a la susceptibilitat. Tots els models presenten defectes immunitaris implicats en l'aparició de disfuncions en tolerància central i/o perifèria i donen lloc a l'aparició de síndromes autoimmunitaris que afecten també altres òrgans, de manera semblant al que succeeix en alguns pacients de T1D.

El ratolí NOD, tot i ser el model experimental més utilitzat principalment per la facilitat de manteniment i manipulació experimental i genètica, presenta peculiaritats en el desenvolupament de la diabetis autoimmunitària que no s'observen en humans que pateixen T1D, com ara una major incidència de la diabetis en femelles, una insulinitis de grau moderat i fins i tot severa en els illots afectats, o una diversitat baixa d'autoanticossos antiillot presents en el sèrum. D'altra banda, la rata BB, amb una incidència i una infiltració insular més semblants a les dels pacients T1D, presenta diferències apreciables, com ara l'absència de reactivitat humoral contra les cèl·lules beta. No obstant això, aquestes diferències no són suficients per anul·lar la potencialitat d'aquests models animals com a font important de coneixement de l'etiopatogènia de la T1D.

Tampoc s'ha d'oblidar que aquestes soques són congèniques, és a dir, que tots els individus són genèticament idèntics. Per tant, els defectes en tolerància central i/o perifèriques són específics de cada model i no són, en la seva globalitat, compartits amb els pacients humans. Els efectes individuals de cada element alterat solen ser diversos en els diferents models, però la conseqüència final és la mateixa, el desenvolupament d'una diabetis autoimmunitària. En humans cada pacient presenta la seva pròpia combinació particular de defectes immunològics i de funcionalitat de la cèl·lula beta que, en darrer terme, són els responsables del desenvolupament de la malaltia. Probablement, aquesta és una de les raons per les quals els models animals han estat menyspreats després del fracàs d'algunes teràpies preventives que prèviament havien demostrat ser eficaces en la prevenció de la malaltia en ratolins NOD. Com ja s'ha comentat anteriorment, fins a la data d'avui, s'han descrit quasi 200 estratègies terapèutiques amb capa-

citats per prevenir o retardar l'aparició de la diabetis en ratolins NOD, però la gran majoria han fracassat en pacients de T1D. En primer lloc, és necessari puntualitzar que moltes d'aquestes teràpies han estat concebudes com estratègies preventives mitjançant la utilització d'agents immunomoduladors, que s'apliquen a l'inici de la insulinitis, és a dir, a les 3-5 setmanes de vida. D'altra banda, actualment encara no és possible conèixer si un individu susceptible de patir la malaltia finalment la desenvoluparà i, si aquest és el cas, quan succeirà. Si a això hi afegim que les teràpies immunomoduladores poden tenir efectes col·laterals indesitjables, com a conseqüència de la inducció immunosupressió, la perspectiva del balanç benefici/risc les desaconsella.

Amb aquests precedents, actualment les línies terapèutiques més prometedores són aquelles amb capacitat per revertir la diabetis quan aquesta ja s'ha manifestat. En aquest sentit, actualment hi ha un especial interès en una nova teràpia que podria "revertir", almenys temporalment, la malaltia en pacients diabètics de debut. Es tracta del tractament amb anticossos anti-CD3, que actua destruint els limfòcits T. Aquesta teràpia està encara en fase d'estudi.

Podríem concloure que els models animals han aportat un gran coneixement sobre els mecanismes immunològics implicats en el desenvolupament de la resposta autoimmunitària que succeeix durant la diabetis tipus 1. Els models també ens han ensenyat que és possible arribar a desenvolupar una T1D a través de la implicació de diferents mecanismes de resposta immunològica defectuosa, i per això, en teoria, cada model animal el podem considerar com un model d'un d'aquests mecanismes possibles i, per tant, l'equivalent que podríem obtenir d'un pacient amb T1D. És per això que per complementar i ampliar els coneixements sobre aquesta malaltia és necessari diversificar els estudis utilitzant diversos i variats models animals de T1D. A més, això fa possible un estudi més ampli de nous tractaments, tant amb finalitats preventives com curatives.

Dr. Joan Verdaguer
 Professor agregat. Secció d'Immunologia. Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida, Lleida.

Dr. Dídac Mauricio
 Cap del Servei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. Professor associat. Departament de Medicina. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida.
 Tots dos són investigadors principals del Grup d'Immunologia, Immunopatologia i Endocrinologia Experimental. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)

Implantació del servei Pla de Serveis Individualitzat (PSI) a les comarques de Lleida

Parlarem d'un nou servei a les nostres comarques, conegut amb les sigles PSI (Pla de Serveis Individualitzat), servei que forma part de l'Àrea d'Atenció Comunitària de Salut Mental i Addiccions de l'Hospital de Santa Maria de Lleida i que ha iniciat la seva tasca a principis d'aquest mateix any 2008.

La finalitat d'aquest servei és la recuperació de les persones amb trastorn mental sever (TMS) en grau de cronicitat. Entenent la recuperació, tal com defineix Anthony (1993), com un "procés personal de canvi de les actituds, els valors i els objectius propis, quan un individu s'enfronta a la seva realitat més enllà dels efectes catastròfics de la malaltia mental".

La finalitat del servei no és cap novetat, el canvi radica en la metodologia emprada (fonamentada en el vincle terapèutic i l'acompanyament) i en el lloc on es porta a terme la intervenció (la comunitat).

El PSI neix d'un canvi de paradigma en l'atenció a la salut mental a un model més comunitari que reconeix la necessitat d'establir sistemes que permetin l'adequada gestió i utilització de recursos destinats a les persones amb TMS.

Contempla també l'usuari com un agent actiu en el seu tractament, rehabilitació i inserció comunitària i basa sempre qualsevol intervenció en el consens amb la persona, la individualització i la potenciació de les seves capacitats.

La proliferació de recursos en el camp de la salut mental és un fenomen relativament jove, però cada cop més palès a les nostres comarques. Aquest fet ha generat que sovint els pacients amb trastorn mental sever, ja sigui per les seves característiques o les de la problemàtica associada, es trobin deseparats davant els criteris que delimiten la participació en uns recursos o en uns altres i trobin dificultats per accedir-hi o bé es beneficiïn només d'actuacions puntuals en moments de crisi.

D'altra banda, la consolidació dels recursos de rehabilitació i inserció comunitària a la nostra regió i l'experiència del PSI en altres regions amb realitats properes a la nostra posen de manifest la importància del seguiment transversal i individualitzat, no només com a suport a l'estabilització clínica, sinó també en dotació d'eines que permetin a la persona la màxima adaptació funcional i social.



En el PSI, l'usuari és un agent actiu en el seu tractament, rehabilitació i inserció comunitària

Els principis d'acció del PSI estan basats en el model de gestió de casos

ment transversal i individualitzat, no només com a suport a l'estabilització clínica, sinó també en dotació d'eines que permetin a la persona la màxima adaptació funcional i social.

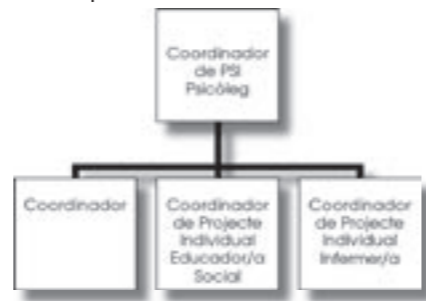
- Els objectius del PSI es concreten en:
- Elaborar, executar i avaluar els projectes individualitzats de serveis:
 - Seleccionar les prestacions adequades per a cada cas.
 - Garantir que, efectivament, els usuaris es beneficiïn i es vinculen als serveis oferts.
 - Facilitar l'accés i l'acceptabilitat als serveis necessaris per a la seva recuperació.

- Coordinar els serveis per tal d'assegurar la continuïtat de l'atenció.
- Vetllar per la qualitat dels serveis oferts, d'acord amb els estàndards establerts.
- Vetllar pels drets de les persones amb TMS i potenciar-ne l'expressió social autònoma.
- Millorar l'educació per la salut i, en general, les actituds de la comunitat respecte a les persones amb malaltia mental.

Els principis d'acció del PSI per aconseguir aquests objectius estan basats en el model de gestió de casos o, per als que prefereixin el terme anglosaxó, el *case management*. Aquest es defineix com un procés actiu de la gestió de recursos que pretén adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada individu tan a prop com sigui possible del seu medi natural. Sota aquest marc destacarem la figura del referent o encarregat del cas, que rep el nom de CPI (Coordinador de Projecte Individual) per a cada usuari. Aquest referent serà la figura que està pròxima a l'usuari per ajudar-lo en tots aquells problemes que li van sorgint durant el procés de recuperació i vinculació als serveis.

El CPI no serà l'única persona implicada i que executarà el programa terapèutic definit per l'equip, però sí que serà el responsable de marcar els ritmes de les intervencions, tant de les realitzades per ell mateix com pels altres membres de l'equip de PSI que es cregui que han d'intervenir per optimitzar l'assoliment d'objectius del programa.

Cada equip del servei de PSI està format per:



Actualment, hi ha en actiu dos equips de PSI a les nostres comarques: el PSI Lleida, que assumeix els casos de les comarques del Segrià i les Garrigues, incloent-hi Lleida ciutat, i el PSI Tàrraga, que assumeix els casos de l'Urgell, el Pla d'Urgell, la Noguera i la Segarra.

Joan Marc Dolcet Serra
Coordinador del PSI Lleida
Montse Terés
Coordinadora del PSI Tàrraga

Anthony, WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.

Regulació de la segona opinió

És prou conegut l'interès i el neguit que tenen els homes en totes les qüestions relacionades amb la pròpia salut i, per això, des de sempre, davant de situacions especialment greus, ha cercat una segona opinió mèdica per tal de confirmar el diagnòstic primer o bé per decidir el tractament més adient.

Aquesta actuació és coneguda també com "consulta" o reunió de metges (vegeu la definició al Diccionari Enciclopèdic de Medicina, de la Fundació Enciclopèdia Catalana, Barcelona, 1990), i n'eren protagonistes el metge de capçalera del malalt juntament amb el metge, o metges (especialistes) consultats. Les pàgines de la història acostumen a fer referència a episodis de consultes mèdiques en situacions de malalties greus de governants, polítics i artistes.

Amb l'establiment d'un sistema sanitari públic, estructurat i jerarquitzat, i la quasi desaparició del tradicional metge de capçalera, també va anar a la baixa el sistema tradicional de consulta entre metges, però, malgrat això, els malalts i llurs familiars, davant de situacions greus, no s'han conformat amb el diagnòstic inicial i han buscat la seva confirmació, o rectificació, demanant l'opinió d'un altre professional de la sanitat i, d'aquesta forma, s'ha generalitzat la segona consulta, per norma general, fora o al marge del sistema sanitari públic.

En la relació de drets continguda en l'article 10 de la Llei General de Sanitat, del 25 d'abril de 1986, no s'inclou el dret del malalt a una segona opinió. Es reconeix que el malalt té dret a ser informat sobre els serveis sanitaris als quals pot accedir i sobre els requisits que li cal per a la utilització del servei. En definitiva, es reconeix el dret a tenir informació sobre la cartera de serveis de la sanitat pública, cosa que pot permetre al malalt tenir una segona opinió, però en la normativa de 1986 no es reconeix ni es regula un dret a la segona opinió mèdica.

Ha calgut esperar fins a la publicació de la Llei 16/03, del 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut, perquè els ciutadans tinguin reconegut el dret a tenir una segona opinió sobre el seu estat de

La segona opinió mèdica queda limitada a supòsits d'especial gravetat o característiques singulars delimitades

salut i el tractament més convenient per conservar-la o recuperar-la, dins del sistema sanitari públic, perquè no cal dir que la segona opinió sempre s'ha pogut cercar i obtenir, sense cap mena d'impediment ni de limitació, en l'àmbit de la medicina privada.

Els articles 4.a i 28.1 de la Llei de Cohesió fan reconeixement explícit del dret i encarreguen als serveis de salut de les comunitats autònomes la regulació del seu exercici, dins de l'àmbit de les accions per garantir la qualitat de les prestacions sanitàries.

En el desenvolupament i l'aplicació d'aquestes disposicions, la Generalitat ha promulgat el Decret 125/07, del 5 de juny, pel qual es regula el dret a obtenir una segona opinió mèdica (DOGC 4899, de 07/06/07).

Aquesta disposició només és aplicable en l'àmbit de l'assistència sanitària pública de Catalunya a càrrec del Servei Català de la Salut i, com és natural, no afecta les actuacions que es puguin desenvolupar en l'àmbit de la medicina privada.

La segona opinió mèdica, malgrat que sigui un dret reconegut, amb caràcter general de tots els malalts, queda limitada a supòsits d'especial gravetat o de característiques singulars que es delimiten, en sentit restrictiu, en l'article 3r de la disposició, i que són els següents:

- Diagnòstic de malaltia degenerativa progressiva del sistema nerviós central, sense tractament curatiu.
- Malaltia neoplàsica maligna, llevat dels càncers de pell que no siguin melanoma.
- Prescripció d'intervenció quirúrgica del tipus de cirurgia ortopèdica amb risc de limitació funcional important

i cardiocirurgia i cirurgia vascular o cirurgia oftàlmica.

- Prescripció d'un trasplantament.
- Diagnòstic d'una malaltia rara, és a dir, les malalties que comportin perill de mort o d'invalidesa crònica, amb una prevalença inferior a 5 casos per cada 10.000 habitants.

Les unitats d'atenció al client dels centres sanitaris es configuren com l'oficina que impulsa el tràmit de les sol·licituds de segona opinió que puguin presentar-se i la gestió de la seva prestació (articles 4, 6 i 7).

Correspon al gerent de la Regió Sanitària, on la persona malalta tingui el seu domicili, estimar o bé desestimar les sol·licituds de segona opinió que es presentin, així com decidir els centres que hagin d'emetre l'informe corresponent.

S'imposen terminis breus per tramitar i decidir sobre l'emissió d'una segona opinió, evitar una burocràcia excessiva, de manera que el Servei d'Atenció al Client disposa de 3 dies per trametre les peticions al gerent de la Regió Sanitària i aquest disposa de 3 dies més per decidir la seva estimació o desestimació.

El silenci administratiu, en aquest cas, té caràcter positiu i, llavors, en un termini de 15 dies, el gerent de la Regió Sanitària ha de designar el centre que ha d'elaborar l'informe de segona opinió.

En qualsevol cas, s'han de facilitar a aquest centre els informes sobre l'assistència del malalt i la resta de documentació mèdica que s'adjunti en la petició inicial, i aquest podrà indicar la realització de les proves diagnòstiques que consideri necessàries, que tindran caràcter preferent.

La norma preveu que l'informe de segona opinió ha d'estar a disposició del servei d'atenció al client del centre que hagi fet el diagnòstic inicial en el termini màxim d'un mes.

A primer cop d'ull, la norma sembla massa restrictiva (només preveu la segona opinió en els supòsits de malalties greus) i no s'escapa de la burocràcia, malgrat que fixi uns terminis breus de tramitació.

J. Corbella i Duch
Advocat

Salut per al desenvolupament



Per a moltes persones, la salut és un dret difícil d'aconseguir

I tu, què hi pots fer?

- Visita el web: www.salutxdesenvolupament.org
- Participa a les activitats organitzades
- Adhereix-te a la campanya a través del formulari de suport que trobaràs al web.



La influència de la higiene moderna en l'antic Hospital de Santa Maria

L'antic Hospital de Santa Maria va ser municipal des del 1454 fins al 31 de desembre de 1914, i provincial a partir de l'1 de gener de 1915, a causa del traspàs entre les dues corporacions, Ajuntament i Diputació.

En aquesta última data ja se'l veia com un edifici inadequat per poder satisfer les necessitats higièniques que es demanaven a aquesta mena d'establiments. Per aquest motiu, la Diputació va demanar al Cos Facultatiu de la Beneficència Provincial un informe sobre l'estat de l'edifici i el seu emplaçament, així com la necessitat de construir-ne un de nou amb les corresponents condicions higièniques.

En la sessió del 18 de juny de 1915 va ser aprovat l'informe dut a terme pels doctors Joan A. Inglés i Joan Llorens i signat en nom de l'esmentat cos facultatiu pel seu degà, el doctor Francesc Fontanals, i el secretari, el doctor Pere Castro. Amb aquest informe van demostrar que ni l'emplaçament ni l'arquitectura de l'hospital s'adequaven a les teories higièniques d'aquell temps i que era necessari construir-ne un de nou.

L'hospital era un quadrilàter de forma irregular dividit en dues meitats per un pati, una de destinada a hospital civil i una altra, a hospital militar. Limitava al davant amb la catedral nova, separada de l'hospital per una placeta no gaire ampla on s'establí el mercat diari de verdures, fruites i aviram, amb la presència d'abundants compradors i venedors.

Ambdós costats de l'hospital formaven paret mitgera amb edificis particulars que pertanyien als carrers Major i de Sant Antoni. El 1915, la part posterior de la casa ja havia perdut la magnífica i higiènica vista que donava directament al riu Segre i a un bon tros de l'horta de la ciutat, separats de l'hospital únicament pel camí de Madrid a França. Aquest es va convertir en el carrer Blondel, amb les edificacions corresponents que tapaven la vista.

Els esmentats metges lamentaven

especialment que fos justament darrere de l'hospital on s'hagués construït el Liceu Escolar, perquè hi concorria gran nombre d'alumnes.

Amb tot això, els quedava molt clar que l'emplaçament de l'hospital no era l'adequat.

L'hospital constava de dos pisos. El primer, situat a una alçada d'uns tres metres des de la planta baixa i destinat exclusivament a malalts del sexe masculí, es dividia en tres sales. La primera, a la qual s'accedia per una porta situada a l'escala del pati, era la sala de Sant Anastasi, que albergava els malalts de cirurgia i els de malalties venèries. Les dimensions eren de 22,30 metres de longitud, 6,70 metres d'amplària i 3,65 metres d'alçada fins al fons d'un sostre voltat i de 3,25 metres fins a les claus dels arcs. Hi havia dues finestres de dimensions desiguals que donaven a la plaça de la Catedral, una de 1,47 metres d'amplària per 1,54 metres d'alçada i l'altra de 0,87 metres d'amplària per 1,52 metres d'alçada; i dues finestres laterals que donaven al pati del nosocomi, una de 0,82 metres d'amplària per 1,18 metres d'alçada i l'altra d'1,03 metres d'amplària per 1,48 metres d'alçada.

Segons el criteri dels metges, aquesta sala de Sant Anastasi tenia poca alçada de sostre, perquè aquest corresponia, en realitat, al de l'església annexa a l'establiment, que va ser separada per un sostre en una porció superior que corresponia a la sala de Sant Anastasi i en una porció inferior destinada a tendes.

D'altra banda, el sostre en qüestió, ple de buits i angles, era propici al creixement de germens patògens i molt difícil de netejar.

De les parets de la sala i a l'alçada d'1,30 metres del paviment arranaven uns arcs de pedra llaurada que acabaven al sostre, on formaven quatre voltes amb les seves corresponents claus de volta llaurades amb representacions de diverses al·legories religioses i patriòtiques.

Quant a l'arquitectura hospitalària,



El 1915, ja es veia que l'antic Hospital de Santa Maria era un edifici inadequat per poder satisfer les necessitats higièniques que es demanaven

amb les seves arestes, angles, anfractuositats, relleus, depressions i prominències, aquest sistema ornamental no era gens adequat a les exigències de la higiene de l'època.

Les parets i el sostre eren blanquejats amb cal i les rajoles eren poroses i molt antigues. La sala contenia 18 llits adossats a les parets laterals i la il·luminació i la ventilació eren molt precàries.

En un dels extrems de la sala hi havia la direcció facultativa o despatx dels metges. Era un petit espai circumdat per una mampara de fusta i vidres i adossat als últims llits. Estava situat al costat del lloc on, buscant la llum,

Retaule de l'altar de la capella de l'Hospital de Santa Maria (segle XVIII)

es practicaven les intervencions quirúrgiques.

Aquesta sala de Sant Anastasi servia de pas a les altres dues sales. La primera, anomenada de Sant Roc, era destinada als malalts infecciosos. Tenia una longitud d'11,05 metres i una amplària de 4,30 metres, i era de la mateixa alçada i de forma voltada com l'anterior, de la qual estava separada per una porta antiga de fusta. La ventilació i la il·luminació s'efectuaven solament per una finestra que donava al pati, d'1,25 metres d'alçada per 1 metre d'amplària, ja que l'altra finestra que hi havia comunicava amb la sala d'autòpsies.

Aquesta sala d'infecciosos contenia també una habitació destinada a guardar-hi diversitat d'objectes. En definitiva, resultava un ampli corredor o passadís que conduïa a la sagristia de la capella de l'hospital. Disposava de 6 llits.

La tercera sala, denominada del Sant Crist i destinada a la clínica de medicina, era espaiosa (16,75 metres de longitud per 11,15 d'amplada i 3,50 d'alçada) i clara, amb capacitat per a 20 llits. Les parets i el sostre eren llisos. Era la millor de les tres i

l'únic inconvenient que tenia era que hi penetraven la humitat i la pols, perquè les tres finestres iguals que tenia, de 2,20 metres d'alçada per 1,10 metres d'amplada cadascuna, donaven a la carretera i al riu. A més, aquesta sala tenia 8 columnes cilíndriques de ferro que sostenien el sostre de cel ras.

A part de les tres sales descrites, n'hi havia, a la mateixa planta, una de petita a la qual s'accedia per la de cirurgia, que havia estat utilitzada fins feia poc temps com a garjola de presos de la presó cel·lular. Però aleshores ja s'utilitzava com a dormitori dels infermers. No gaudia de la ventilació necessària perquè la finestra, de 2,10 metres d'alçada per 0,80 metres d'amplària, donava al carrer. A més, era una dependència molt bruta, perquè contenia una comuna antiga, les emanacions de la qual envaiïen i infectaven la seva atmosfera i la de la sala de cirurgia. Les comunes de les altres sales almenys estaven separades mitjançant un ampli corredor de comunicació entre totes.

El segon pis, destinat a dones, comunicava amb el primer mitjançant l'escala exterior del pati i una d'interior una mica més estreta que arrancava de

l'esmentat corredor. Aquest pis estava dividit en quatre sales anomenades de la Sagrada Família, de la Verge de l'Amor Formós, de Santa Llúcia i de la Verge dels Dolors.

La de la Sagrada Família l'ocupaven les malaltes de cirurgia i estava situada a la part posterior de l'establiment. Comunicava amb una porta-finestral de 3,30 metres d'alçada per 1,72 metres d'amplària, amb una espaiosa galeria que servia per estendre-hi la roba i donava al carrer Blondel. Aquesta sala, d'11,65 metres de llargada per 7,36 d'amplada i 5,15 d'alçada, tenia el sostre amb cel ras i el paviment de rajoles hidràuliques. Comptava amb 11 llits en dues fileres situats al llarg de les parets laterals. La il·luminació i la ventilació eren acceptables. Sens dubte, era la millor sala de l'hospital.

La sala de la Verge de l'Amor Formós comunicava amb l'anterior per una porta i estava destinada a les malaltes afectades de malalties venèries i sífilis. Les dimensions eren petites, de 6,32 metres de longitud per 6,25 metres d'amplària per 5,15 metres d'alçada. La il·luminació i la ventilació provenien d'un finestral d'1,12 metres d'amplària per 2,10 metres d'alçada. Comunicava amb la terrassa o galeria. El sostre era de cel ras i la sala tenia cinc llits.

La sala de Santa Llúcia es destinava a les malaltes de medicina. Contenia 14 llits adossats a les parets laterals. Era de 16,40 metres de longitud per 7 metres d'amplada per 5,40 metres d'alçada. La finestra donava a la placeta de la Catedral i era d'1,15 metres d'amplada per 2,40 metres d'alçada. Les parets estaven revestides per uns arrimadors d'1,80 metres d'alçada construïts amb rajoles antigues. Aquesta sala hauria reunit condicions higièniques regulars si el sostre no hagués estat format per un embigat vell i corcat i, per tant, excel·lent medi de cultiu de microorganismes. A més, el revoltó era també de fusta.

La sala de la Verge dels Dolors arrancava perpendicularment de la part anterior esquerra de la sala descrita. Comptava amb dos finestrals d'1,95 per 2,40 metres que donaven a la placeta de la Catedral. Les dimensions de la sala eren de 14,35 metres de llargària per 7,70 metres d'amplària per 5,40 metres d'alçada, respectivament. Tenia també arrimadors de rajola antiga, sostre d'embigat de fusta amb revoltos d'obra i paviment porós. Comunicava amb l'anterior per una porta de grans dimensions sense tanca. Tenia 10 llits i era destinada a malaltes infeccioses amb impossibilitat absoluta d'aïllament.

El departament destinat a habitacle de les Germanes de Sant Vicenç de Paül, que es cuidaven dels malalts hospitalitzats, estava situat al mateix pis i no gaudia de millors condicions que les de les sales descrites.

» A la part posterior de l'edifici hi havia els safareigs il·luminats per diverses finestres i la sala d'autòpsia, ambdós de mala qualitat. A través d'algunes obertures comunicaven amb la sala d'infecciosos, situació que empitjorava encara més les deficientes condicions d'aquesta sala. Adossat a aquestes dependències hi havia un hort bastant gran que augmentava la seva humitat.

Altres dependències de l'hospital eren la cuina, la farmàcia, la botiga de la roba, etc. Si bé no reunien les condicions que exigia la higiene de l'època, segons els dos metges, responien relativament a l'objecte al qual estaven destinades.

Aquest edifici destinat a rebre els malalts de la capital i de tota la província era absolutament incapaç i de detestables condicions higièniques. Aquesta era l'opinió del Cos Mèdic Municipal.

Calia, doncs, esmenar en benefici de la salut dels acollits aquestes grans deficiències de l'hospital. Al seu criteri, les principals eren la manca d'un pati o jardí destinat a les convalescències, ja que els malalts les havien de sofrir a les pròpies sales de l'edifici i, per tant, es veien obligats a aspirar constantment l'atmosfera viciada dels departaments i a viure sense cap distracció.

Els metges que van signar l'informe van concloure que el nosocomi de Lleida, destinat als malalts de la capital i de tota la província, era del tot incapaç i de detestables condicions higièniques.

Després van exposar algunes deficiències que calia solucionar. En primer lloc, la manca d'un pati o jardí destinat a convalescents, ja que aquests havien de sofrir la convalescència a la pròpia sala, on aspiraven constantment l'atmosfera viciada dels departaments i no tenien cap distracció.

Després, l'existència d'una sala per al tractament de les malalties de caràcter contagiós, perquè la que s'utilitzava comptava amb pessimes condicions de llum i ventilació i comunicava amb la general de cirurgia. Així doncs, era molt freqüent que malalts d'aquesta sala afectats de ferides o altres solucions de continuïtat sofrissin els efectes del contagi i morissin mentre es trobaven en vies de curació de les malalties per a les quals havien ingressat. En tercer lloc, la manca d'un departament especial destinat a la pràctica d'intervencions quirúrgiques. En efecte, les operacions s'havien de practicar forçosament, buscant llum suficient, a les pròpies sales on residien els malalts, adossant la taula operatòria als finestrals i en presència dels altres malalts. D'aquesta manera, el pacient, el cirurgià i els ajudants es trobaven en un ambient infecte a causa de les emanacions de la sala de cirurgia i de la dels infecciosos.

Era urgent esmenar totes aquestes



Dr. Francesc Fontanals Araujo



Dr. Pere Castro Vicen

males condicions higièniques de les sales que albergaven els malalts. Però això, a criteri del cos mèdic municipal, era impossible dur-ho a terme amb aquella mena d'edificació. Era indispensable edificar un nou hospital.

D'altra banda, també eren insuficients els locals d'infermeria i es preveia que aquesta insuficiència seguiria progressant a causa del natural desenvolupament de la població i del caràcter provincial del nosocomi.

També es va considerar la manca d'algunes dependències hospitalàries indispensables, com ara sales d'hidroteràpia, electroteràpia, massatge, raigs X, parts i dipòsit de cadàvers. Era impossible solucionar aquest problema en aquell vell hospital.

Era lògic i natural que un hospital que presentava aquests greus inconvenients i les condicions del qual xocaven de ple amb les modernes teories en matèria d'higiene, constituïa un centre on el pacient en lloc de trobar solució

a les seves malalties n'adquiria d'altres molt més greus i en ocasions mortals.

Els dos metges que van signar l'informe veien com a feliç la iniciativa de la Diputació d'intentar enderrocar l'edifici de l'hospital i dur-ne a terme l'erecció d'un de nou i modern que reunís la major suma de comoditats i excel·lències d'acord amb les exigències d'una higiene rigorosa. Veien molt nefastes les condicions del lloc, les males qualitats del subsòl, la llum escassa i la ventilació deficient, l'enrajolat antic, les parets i els sostres esquerdatats per l'acció del temps, la construcció antiquada, la cubicació defectuosa, la mala orientació i la calefacció primitiva que omplia l'ambient d'emanacions d'àcid carbònic. En conjunt, se situava el malalt en el perill de tota classe d'infeccions.

En aquells temps, les modernes teories microbianes ja havien sensibilitzat els metges amb vocació higienista, com ho era el doctor Fontanals, el millor higienista lleidatà després de Jaume d'Agramunt. En aquest informe que relatem es remarca la gran importància dels intersticis i les esquerdes de les parets, del sostre i del sòl, com a focus constants on l'acció microbiana es podia desenvolupar en excel·lents condicions i afectar els organismes dèbils allotjats en aquelles sales.

Finalment, s'indicava que la construcció del nou nosocomi que volia dur a terme la Diputació s'havia d'adequar als avenços moderns. Per aquest motiu, calia estudiar el seu emplaçament fora del centre urbà i orientar l'edifici a l'abric dels vents del nord. Calia que fos d'extenses dimensions, ric en llum i en ventilació i amb aigua abundant per a la neteja. També era necessari que gaudís de les disposicions especials per a cada cas particular, d'enllumenat i calefacció, etc. D'altra banda, era imprescindible disposar d'un extens jardí o de patis de convalescència on els malalts que haguessin superat la gravetat de la malaltia poguessin aconseguir la reposició de les forces, aprofitats dels aires i sota la influència d'un sol vivificador.

Molt especialment insistien en la creació d'una dependència adequada destinada a malalts de cirurgia, aïllada completament de les altres sales, i en especial de les destinades a infecciosos; i d'una sala d'operacions completament asèptica en el seu conjunt i en els seus detalls amb l'objecte que el personal facultatiu podés sortir aïrós de la seva empresa i constituïssin una sòlida garantia contra la sèrie incabable d'infeccions que constituïen el martiri dels malalts operats.

Dr. M. Camps Surroca
Dr. M. Camps Clemente

NOTES

ADPL (Arxiu de la Diputació Provincial de Lleida). Reg. 08075

¿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.



ADESLAS A LLEIDA
Valcaient, 1 - 2º edif. Trading - Balmes
Tel.: 973 27 83 81



902 200 200 • www.adeslas.es



Els metges també tenim família.

Si ets metge, a Mutual Mèdica estaràs segur. Treballem en exclusiva per al col·lectiu mèdic i les seves famílies, oferint la màxima capacitat asseguradora. Els únics especialistes en assegurances personalitzades per als metges. Més de 85 anys d'experiència i 30.000 assegurats ens acrediten.



MutualMèdica

De metge a metge