

LA TERRA FERMA  
MUNTANER CRONICA CCXIV

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 97 · Novembre de 2012



**El Dr. Rafael Ferreruela,  
Premi Internacional  
Ciutat de Lleida**



## Estalvi i Previsió

A Medicorasse apostem per la previsió de cara al futur



Assessorament personalitzat en matèria de previsió

A Medicorasse apostem per la previsió per tal de garantir uns ingressos futurs que ens permetin mantenir el nostre ritme de vida. La nostra **col·laboració amb les companyies asseguradores més prestigioses i solvents del mercat** li garanteix els seus estalvis, a part de proporcionar-li un interessant rendiment.

**L'assessorem perquè triï l'opció que millor s'adapta a les seves necessitats:**

- Oferim **la millor oferta en productes d'estalvi** (imposicions a termini fix) i **jubilació** (assegurances de Jubilació, Plans de Pensions, Plans de Previsió Assegurats, Plans Individuals d'Estalvi Sistemàtic...).
- **Interessants rendibilitats garantides** en funció del producte contractat.
- Possibilitat de gaudir d'importants **beneficis fiscals en els productes de jubilació**.

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



MEDICORASSE, Corredoria de Seguros del CMB, SAU, NIF A-59-488220, DGS, clave J-928. Póliza de responsabilidad civil y aval de acuerdo con la ley 26/2006, de 17 de julio.

## BUTLLETÍ mèdic

Número 97, novembre del 2012

**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  
http://www.comll.es  
butlletimedic@comll.es

**Consell de Redacció:**

Tomàs Alonso Sancho  
Mireia Armengol Gay  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Marta González Duaigües  
Josep Maria Greoles Solé  
Xavier Matias-Guiu Guia  
Maria Irigoyen Otiñano  
Jordi Melé Olivé  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep Maria Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Disseny Kevin

**Correcció:** Torsitrad

**Publicitat:** COMLL

**Fotomecànica:** Gràfics Claret, SL

**Impressió:** ImpresPla, 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 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>

Els fotolits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 21% d'IVA

## EDITORIAL

# Els MIR i el futur del sistema sanitari

**E**l Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) vol fer palesa la seva preocupació per la situació actual dels metges interns residents, els MIR. D'una banda, l'aplicació de l'anomenada quota autonòmica, o contingent autonòmic, en la convocatòria MIR de l'any 2013 i, de l'altra, les contínues modificacions en el sistema de guàrdies dels residents, les retallades, els ajustaments, etc.

Aquests fets impliquen el risc que places del nostre territori ofertes a futurs metges especialistes restin sense ocupar i, també, que la formació, les hores lectives i el temps formatiu siguin massa limitats. Com a conseqüència de tot això, poden produir-se disfuncions en l'accessibilitat i, fins i tot, en l'equitat del nostre sistema sanitari.

Els metges sabem que amb més nombre d'actes mèdics més expertesa. Si, a més, aquests actes es fan en període de guàrdies, impliquen més aprenentatge en la presa de decisions, ja que hi ha molta activitat i de caire urgent. Es pot fer el símil amb els pilots d'aviació, que han de realitzar un determinat nombre d'hores de vol per convertir-se en experts. Els futurs metges també necessiten aquestes hores de vol, han d'aprendre a adoptar decisions més arriscades a través de les quals posen en pràctica la seva formació sota el mestratge dels tutors.

Pel que fa al contingent autonòmic que es posarà en marxa a la nova convocatòria de places de MIR, el COMLL el considera injust. La mesura afecta clarament els interessos del nostre territori i les nostres institucions sanitàries en la seva funció assistencial, docent i de recerca en l'àmbit hospitalari i en l'Atenció Primària.

Els MIR de Lleida són metges ben formats amb expectatives laborals, de vegades, de permanència i aposta pel nostre territori. Ells reben i ens donen ciència i salut, i cal valorar quant hi podem perdre, de tot això, amb les noves mesures.

Junta de Govern del COMLL

## SUMARI

### La salut mental dels estudiants de Medicina a debat

La Dra. Castan, psiquiatra; els estudiants Jové i Armengol; el rector Ribera, i el psicòleg Abella opinen sobre els resultats del Projecte Galatea 19 )))

### Programa Caminem: prescripció d'exercici físic individualitzat

Reportatge de Sebastià Mas, doctor europeu en Activitat Física i Esports 25 )))







Una de les tres taules de debat de la jornada PediaTIC

## Celebrada la Primera Trobada PediaTIC a Lleida

La Primera Trobada PediaTIC es va celebrar el 20 d'octubre a Lleida. La idea va néixer de la relació a les xarxes socials (Twitter) d'un grup de pediatres interessats en les TIC. Combinar pediatria i tecnologies de la informació i de la comunicació és gairebé obligat en l'època en què vivim. Primer, perquè l'accés a la xarxa ha canviat totalment amb la facilitat de connexió a Internet i, segon, perquè aquest accés permet a tothom obtenir informació fàcilment.

D'altra banda, i com va comentar Dolors Reig (@dreig) en la seva conferència, vivim en una societat augmentada i en una societat de la participació. Relacionar-se amb els altres, encara que sigui en línia, és molt més fàcil ara, i això també es veurà en la relació entre els professionals i els usuaris de la salut. Ja som molts els professionals que pensem que no podem defugir més la relació amb els usuaris en aquest nou escenari. Ara ens cal definir aquest nou marc de relació. I definir-lo és tant feina dels professionals o de les institucions com dels usuaris.

Cal definir el nou marc de relació en línia entre professionals i usuaris de la salut

La idea, inicialment, era fer una trobada desvirtualitzada de professionals de la salut usuaris de les xarxes socials. Però el projecte hauria nascut coix si no haguéssim obert la trobada a tots els protagonistes que treballem al voltant de la infància: professionals de la salut, de l'educació i de la criança.

I en això va consistir la Primera Trobada PediaTIC, que va comptar amb tres taules de debat: una sobre salut infantil, una sobre educació i una tercera taula sobre criança. La conferència inaugural sobre la salut i el canvi de paradigmes en la societat augmentada va escalfar motors perquè els assistents deixessin de banda antics costums a l'hora d'assistir a un

congrés. Que notessin que la reunió pretenia afavorir el contacte real entre tots els presents. Era una trobada transversal.

Es van organitzar també quatre tallers: *Introducció a les xarxes socials, Treball col·laboratiu en entorns digitals, Amenaces en l'ús de les noves tecnologies i Web social i infància*. Es tractava d'animar els assistents a fer el salt i començar a utilitzar les eines que ens ofereixen les TIC.

Una iniciativa com la d'organitzar una jornada d'aquest estil requereix moltes ganes i creure en un projecte de futur. Aquestes ganes i aquesta il·lusió es noten clarament en el caràcter amateur de la trobada. Els organitzadors, Amalia Arce, Jesús Martínez i jo mateix, Ramon Capdevila, tenim experiència a la xarxa, però no en l'organització de congressos. No és el mateix publicar gairebé cada dia una entrada al teu blog, com fa @lamama-pediatra a <http://www.dra-amalia-arce.com>, o també @jmartinezal a <http://elmedicodemihijo.wordpress.com>, que aconseguir que un acte com la Primera Trobada PediaTIC assoleixi l'expectativa dels assistents. Però, veient els missatges de suport i els escrits en molts mitjans de comunicació digitals creiem que ho hem aconseguit.

Dr. Ramon Capdevila

## X Jornada d'Immunitzacions per a Professionals Sanitaris

La 10a edició de la Jornada d'Immunitzacions es va celebrar el 9 de novembre sota l'organització dels serveis d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut i l'Agència de Salut Pública de Catalunya. L'acte, que va tindre lloc a la Sala d'Actes de l'Hospital Arnau de Vilanova, va ser presidit pel Dr. Josep Pifarré, director dels Serveis Territorials del Departament de Salut.

Pere Godoy, cap de la Unitat de Vigilància Epidemiològica de Lleida del Servei Regional de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va revisar l'evolució de les malalties immunoprevenibles durant els últims 10 anys. Va destacar que es manté l'eliminació de la diftèria i cap cas de tètanus. Es detecten brots de tos ferina a partir dels lactants amb una elevada transmissió intrafamiliar.

Godoy també va afirmar que el virus de la parotiditis continua circulant per l'acumulació de susceptibles i, quant a la rubèola, hi ha un important retard diagnòstic i casos no detectats en diferents àmbits del sistema. Va proposar algunes recomanacions, com mantenir altes cobertures vacunals de tètanus i diftèria en adults. Per a la tos ferina, caldria la col·laboració multisectorial per confirmar casos i mesures de control, així com l'establiment d'un programa per reduir casos de tos ferina en lactants. I també caldria la detecció i el control immediat de casos de xarampió, rubèola i parotiditis per evitar brots comunitaris.

Lluís Urbiztondo, cap de la Secció de Prevenció de Malalties Infeccioses de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, va presentar l'evolució dels calendaris de vacunació sistemàtica fins a arribar a l'actual, que inclou la protecció enfront 13 malalties. Cada any s'administren a Catalunya al voltant de 4.300.000 dosis, amb una inversió d'uns 50 milions d'euros, es mantenen bones cobertures i s'eviten més de 35.000 casos anuals de malalties que afectaven els infants tan sols fa 20 anys.

Els reptes que planteja el Pla de Salut de Catalunya (2011-2015) són aconseguir un registre òptim de la vacunació en la història clínica com a nucli dels sistemes d'informació de vacunació. En aquest sentit, s'ha d'impulsar la vacunació en els professionals sanitaris i la coordinació a escala estatal de les estratègies de vacunació amb la resta de comunitats autònomes.

Joan Batalla, cap de Servei de la Unitat de Medicina Preventiva de l'Agèn-



Professionals assistents a la Jornada d'Immunitzacions

Es manté l'eliminació de la diftèria i no hi ha cap cas de tètanus

Es detecten brots de tos ferina a partir dels lactants amb una elevada transmissió intrafamiliar

cia de Salut Pública de Catalunya, va exposar una revisió dels efectes adversos a les vacunes. La majoria de les reaccions (98%) són lleus i es resolen satisfactòriament. Es concentren principalment en menors d'1 any, que és l'edat en què més vacunes s'administren. Les reaccions adverses greus tenen una incidència molt baixa. Va puntualitzar que els registres de reaccions adverses de vacunes són bàsics per a la vigilància, el control i l'avaluació dels programes de vacunes.

El cost per al sistema sanitari de la correcta vacunació d'un infant és d'uns 300-400 €, molt inferior al cost assistencial i el patiment resultant de qualsevol de les malalties infeccioses que aquestes vacunes ajuden a prevenir.

Fernando Moraga, president de la Societat Catalana de Pediatria, va

exposar les novetats en vacunes. En els últims deu anys, s'han comercialitzat 39 noves vacunes. A Espanya, s'ha comercialitzat recentment la vacuna conjugada de meningococ ACW-135Y, indicada a partir dels 2 anys per a les persones amb risc d'exposició a aquests serotipus. L'EMEA ha autoritzat l'administració en dosi única de la vacuna pneumocòccica conjugada 13, que val per a persones de 50 anys i més amb factors de risc.

Les estratègies adequades que es podrien implantar per reduir els brots de xarampió (dues dosis de triple vírica) o per disminuir la tos ferina (utilització de la vacuna dTpa) o el seguiment de la vacuna antihepatitis A s'han d'adoptar el segon any de vida i el "catch-up" als 12 anys a l'escola, fins que arribi la cohort ja vacunada.

Glòria Mirada, de la Unitat de Vigilància Epidemiològica del Departament a Lleida, i Pepi Estany, de l'ABS d'Artesa de Segre, van exposar les necessitats estructurals, humanes i d'organització que es requereixen en un centre vacunal, la necessitat d'una bona gestió de les vacunes (estocs, termoestabilitat, registre) al centre vacunal i la importància de tenir un registre informatitzat integrat i d'accés des de qualsevol àmbit assistencial per garantir la qualitat i la seguretat de l'usuari.

La jornada va finalitzar amb un taller de casos pràctics amb la participació de tots els assistents.

Glòria Mirada i Pepi Estany  
Comitè Organitzador de la Jornada



# Les XVII Jornades de Bioètica van tractar sobre el menor madur

Les XVII Jornades de Bioètica van tenir lloc el 8 d'octubre a la Facultat de Medicina de Lleida. Les jornades estaven coorganitzades per l'Institut Borja de Bioètica, amb la col·laboració del Col·legi de Metges de Lleida, CEA i Sant Joan de Déu-Lleida. Cal destacar que aquestes jornades són de les més antigues en el camp de la bioètica en l'àmbit estatal. L'assistència va ser molt nombrosa, principalment d'estudiants de Medicina.

Aquest any les jornades estaven centrades en el tema del menor madur. Es van iniciar amb la ponència de la professora Nuria Terribas, directora de l'Institut Borja de Bioètica, que va presentar als aspectes legals sobre el menor madur i la complexitat que representen les dife-

La cloenda va anar a càrrec de la Dra. Rosa Pérez, presidenta del COMLL

rents lleis de referència, ja que marquen diferents edats en el context sanitari. Dins d'aquesta complexitat, va quedar palesa la importància de tenir en compte el menor en la presa de decisions i fomentar la seva participació, especialment en àmbits sensibles com temes de malaltia crònica.

Va seguir la Dra. Eva Miquel, que va

parlar d'aspectes ètics en relació amb la presa de decisions amb els menors i com valorar la competència d'aquests adolescents, que és el tema de la seva tesi doctoral. Durant la seva exposició, va remarcar la importància de tenir en compte el grau de maduresa de l'adolescent concret, ponderar la gravetat de la decisió que s'ha de prendre i valorar les circumstàncies en què es pren la decisió (urgències, suport parental o no...).

La conferència de clausura va anar a càrrec de la Dra. Rosa Pérez, presidenta del COMLL, que va parlar de *Bioètica, deontologia i llei per al segle XXI*, en què va remarcar la importància que tindran aquests factors en l'exercici professional.

## INAUGURACIÓ DEL CURS ACADÈMIC DE MEDICINA

### El catedràtic Elies Campo afirma que els avenços tecnològics permetran tractaments personalitzats

El Dr. Elies Campo, catedràtic d'Anatomia Patològica i director d'Investigació de l'Hospital Clínic de Barcelona, va afirmar en la inauguració del curs de Medicina que els avenços tecnològics permetran aplicar tractaments especialitzats als pacients. "Si podem llegir les alternacions genètiques en el genoma del càncer, tindrem una eina importantíssima en la diagnosi i l'elaboració de fàrmacs individualitzats", va afegir.

Campo coordina a l'Estat la seqüència genòmica de la leucèmia limfàtica crònica en el marc de la investigació del Consorci Internacional del Genoma del Càncer (ICGC). L'investigador va explicar que l'ICGC vol generar un catàleg complet de les alternacions dels 50 tipus de tumors amb impacte més elevat. Cada país seqüenciarà 500 mostres de cada tipus de càncer i se'n publicaran els resultats en un termini de cinc anys de forma gratuïta i en línia.

El degà de la Facultat de Medicina,



Elies Campo durant la seva intervenció. Foto: UdL

Joan Ribera, va destacar en la seva intervenció en aquest acte que el centre lleidatà és dels pocs que ja oferei-

xen pràctiques des del segon curs als seus alumnes en hospitals i centres de Primària.

# Crònica del Congrés de Dret Sanitari celebrat a Madrid

Com cada any al mes d'octubre, i ja en van 19, se celebra a Madrid un Congrés de Dret Sanitari. Procuo assistir-hi, atès que es parla de temes d'actualitat i s'hi comenten les novetats. Durant dos dies i mig, hom pot alternar entre escoltar les comunicacions dels participants al congrés i assistir a les diferents taules rodones. Malauradament, com passa en la majoria dels congressos, s'encavalquen les diferents activitats i és impossible seguir-les totes.

Aquest any la conferència inaugural ha estat impartida per la Dra. María Castellano Arroyo, catedràtica de Medicina Legal de la Universitat de Granada, que ha tractat sobre *La construcció de la Medicina Legal i Forense, i l'evolució del dret sanitari a Espanya*. La conferenciant ha repassat l'evolució de la matèria des de la Constitució Criminalis Carolina, publicada el 1532 a Ratisbona a instància de l'emperador Carles V, fins a l'actual estructuració dels ensenyaments de Medicina Legal a les universitats espanyoles, i els problemes derivats de la separació entre Medicina Legal i Forense, per acabar tractant la simbiosi que es dona entre Dret i Medicina.

La primera taula rodona tractava sobre la vacunació en el medi laboral. La taula sobre *Seguretat jurídica i ús dels medicaments fora d'indicació* va provocar una discussió molt viva, ja que, en moltes ocasions, la pràctica clínica no es correspon amb les prescripcions legals, en un àmbit on també incideix amb força el preu dels medicaments.

El sector farmacèutic també va ser matèria d'estudi a la taula sobre *La reforma de la prestació farmacèutica i la seva projecció sobre els laboratoris de distribució, oficines de farmàcia i pacients*. Aquest sector està molt afectat per les mesures legals dictades per fer front a la crisi econòmica que patim des de fa uns anys.

Des d'una perspectiva purament jurídica, es va tractar l'evolució de la jurisprudència del Tribunal Suprem, en ocasió del seu bicentenari, tot constatant que, amb les successives reformes processals, cada vegada són menys els temes que li arriben. La major part dels casos acaben a les audiències provincials, la qual cosa impedeix unificar la doctrina legal i crea una certa inseguretat.

La taula que va tenir més participació tractava sobre el binomi informació-consentiment del malalt

També en l'àmbit jurídic, es va parlar de l'aplicació de la recent llei sobre mediació civil en l'àmbit sanitari com un mitjà per solucionar conflictes sense tensions ni traumes personals, que, malauradament, no preveu la seva aplicació en les reclamacions administratives.

La seguretat del pacient a urgències va ser objecte d'un taller específic.

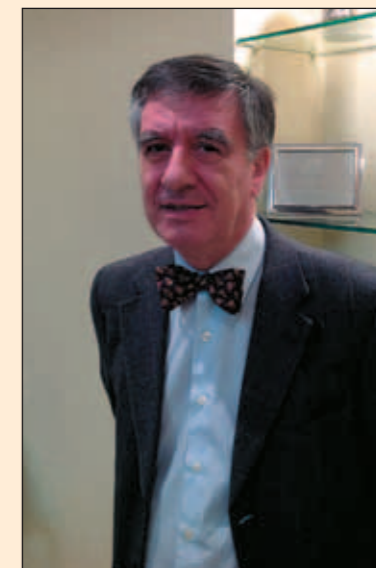
Amb tot, segurament la taula amb més participació va ser la destinada al binomi "informació-consentiment del malalt", en la qual, una i altra vegada, tant els ponents com els assistents van posar l'accent que avui la majoria de condemnes per responsabilitat sanitària estan motivades per la manca d'informació o la informació deficient al malalt sobre el tractament.

Hom va insistir que la informació sanitària i sobre el tractament no es pot donar per suposada. Cal assegurar-se que el malalt entén allò que se li explica i cal deixar constància escrita de la informació que s'ha donat, tant en les anotacions a la història clínica, com recollint la firma del malalt en el document de consentiment.

Les comunicacions dels assistents, variades, han tractat les prescripcions d'infermeria, les anotacions subjectives, la possible reforma de la protecció de dades personals, l'alta forçosa del malalt per negativa al tractament, la conservació dels arxius dels dentistes que pleguen i la prova pericial medicosanitària, que s'ha posat d'actualitat arran de la tramitació d'un sumari per la desaparició d'uns nens a Còrdova, fet que ha motivat diverses comunicacions.

Per la meua part, vaig presentar un treball en relació amb la regulació legal dels internaments forçosos, tot fent una incidència especial sobre els tractaments ambulatoris psiquiàtrics involuntaris.

Dr. Josep Corbella i Duch  
Advocat



Josep Corbellà Duch

### Josep Corbella publica la segona edició del "Manual de Derecho Sanitario"

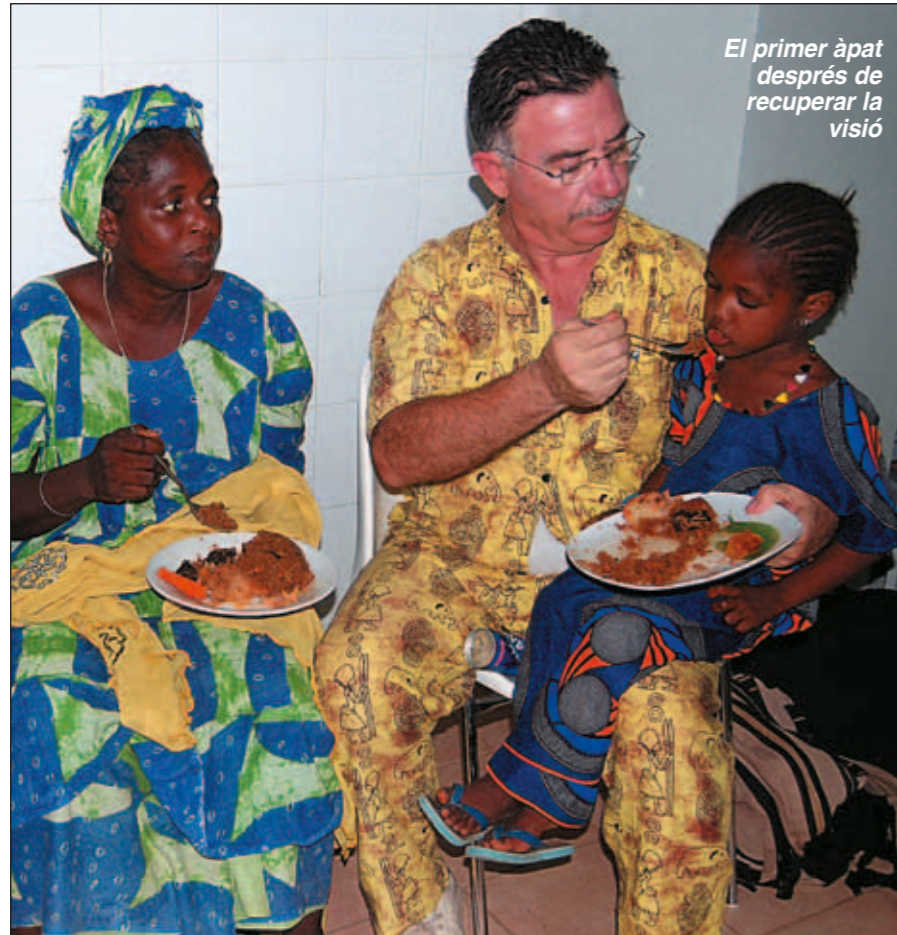
L'editorial Atelier ha publicat a l'octubre la segona edició del *Manual de Derecho Sanitario*, obra de l'advocat Dr. Josep Corbella Duch. Aquesta edició està pensada per a aquelles persones, amb o sense coneixements jurídics previs, que volen conèixer el dret sanitari vigent.

Després d'una lliçó introductòria sobre el concepte del Dret, Corbella explica els orígens, la formació i l'estructuració normativa del Dret Sanitari. Després repassa les principals normes sanitàries, que comencen amb la Llei General de Sanitat de 1986 i acaben amb les més recents dedicades a la salut sexual i reproductiva i a la salut pública.

L'autor dedica les lliçons centrals a l'estudi de la relació jurídica sanitària i explica abastament totes les qüestions relacionades amb la informació, el consentiment, la història clínica i la protecció de dades personals. El manual acaba amb les lliçons dedicades a la responsabilitat civil i a la responsabilitat penal derivades de les actuacions sanitàries.

La publicació es presenta com un text que posa a l'abast del lector els coneixements bàsics sobre la matèria, que li poden servir de plataforma per a un coneixement més ampli i aprofundir en els aspectes que li interessin.





El primer àpat després de recuperar la visió



El Dr. Ferreruela signa al Llibre d'Honor de l'Ajuntament de Lleida

# Combat la ceguesa a l'Àfrica des de 1986 per mitjà de la Fundació Ferreruela Santfeliu

Una família pagesa d'un poble de Terol van decidir fa anys enviar el fill gran a estudiar a Saragossa perquè s'espavilés. Aquell noi recorda que un capellà psicòleg, després de passar-li un test psicotècnic, li va dir que era "molt entregat". I li va recomanar tres sortides professionals: entregar-se a la pàtria i ser militar, entregar-se a l'església i convertir-se en capellà o entregar-se als altres i estudiar la carrera de Medicina. Rafael Ferreruela va escollir la tercera opció.

A la Facultat de Medicina de Saragossa va conèixer Andrea Santfeliu, una estudiant de Sidamon. Amb ella formaria més tard una família, s'especialitzaria en Oftalmologia i iniciaria un bon períple professional. Anys més tard, Ferreruela i Santfeliu van conèixer l'Àfrica per l'aventura de viatjar. Des-

El Dr. Ferreruela ha operat de cataractes prop de 3.000 persones d'Etiòpia i el Senegal des de l'any 1986

La Fundació va néixer per dotar de recursos i de formació els professionals africans

prés, s'hi van comprometre i van posar els seus coneixements i destresa al servei d'uns països castigats per la ceguesa.

Enguany, Rafael Ferreruela ha guanyat el Premi Internacional Ciutat de Lleida. La periodista Rosa Maria Calaf, presidenta del jurat, ha exposat en l'acte de lliurament els motius de l'atorgament del guardó: "Per la seva dilatada trajectòria dedicada a activitats humanitàries en l'àmbit de l'Oftalmologia en diversos països en desenvolupament i també com a promotor de la Fundació Ferreruela Santfeliu."

### Evolució de la tasca solidària

El Dr. Rafael Ferreruela ha operat de cataractes prop de 3.000 persones d'Etiòpia i el Senegal des de l'any



La Dra. Andrea Santfeliu amb una pacient

1986. Des d'aleshores, la feina solidària del tàndem Ferreruela-Sanfeliu ha evolucionat amb l'experiència. La tasca gairebé personal d'uns professionals de l'Oftalmologia s'ha transformat en una actuació solidària planificada.

La ceguesa provocada per les cataractes és de solució fàcil al món desenvolupat, però a bona part de l'Àfrica es converteix en irremeiable per la manca de recursos i de tècnics qualificats. "Al Senegal només hi ha 45 oftalmòlegs per a tot el país i alguns no estan ben formats, perquè els manquen recursos", diu Ferreruela. Per aquesta escassetat, "operem de forma manual, fàcil i accessible per no haver de dependre de les màquines, de l'aire comprimit, dels grups electrògens i dels recanvis", afegeix.

Per tant, la prioritat és dotar el Senegal de recursos mèdics i quirúrgics i contribuir a la formació dels tècnics locals. I fer-ho de manera coordinada amb els centres sanitaris i les autoritats senegaleses. D'acord amb aquesta evolució va néixer el 2006 la Fundació Santfeliu. Tot i haver patit la mort de l'Andrea, la Fundació ha incrementat en els darrers anys les seves actuacions.

La infermera Carlota Esteve representa ara la Fundació de forma permanent a la ciutat senegalesa de Kolda. En aquesta ciutat han posat en marxa





El quiròfan amb el Dr. Ferreruela i professionals senegalesos

un quiròfan, una consulta i una òptica. També hi ha una segona consulta a Veringara i una tercera s'ha inaugurat enguany a Medina Gounas coincidint amb la primera campanya d'operacions de cataractes a la zona.

A hores d'ara la majoria de tècnics que atenen els centres de la Fundació són del Senegal i ja operen els pacients amb regularitat. Rafael Ferreruela diu que "gràcies a la Fundació hem finançat la promoció de tècnics locals i a curt termini tenim l'esperança que s'hi quedin i facin intervencions quirúrgiques tot l'any".

El degà de la Facultat de Medicina de Lleida, Joan Ribera, va acompanyar-lo en la darrera estada al país africà. Ribera i el degà de la facultat senegalesa van acordar treballar junts perquè estudiants de sisè curs de Medicina de Lleida facin pràctiques al Senegal i estudiants d'allí ampliïn la seva formació a la universitat lleidatana.

**Veure els fills**

El Dr. Ferreruela conserva molts

“Que mai no et falti l'angera (pa)”, li desitgen els pacients

Els ajudants són sovint els fills del Rafael i de l'Andrea: Guillermo, Andrea, Rafa i Gonzalo

records dels seus pacients. Cita el cas d'una dona de 40 anys que tenia cataracta blanca i duia una criatura a l'espatlla. “Aquest tipus de cataracta fa una evolució d'entre 10 i 40 anys i, per tant, és possible que aquella dona no hagués vist mai els seus fills”, comenta. Les frases d'agraïment dels pacient senegalesos són gairebé poètiques:

“Que mai no us falti l'angera (pa) o que sempre sigui verd el que xafis.”

Mentre ho recorda parla pausadament, com si visualitzés un per un els homes, les dones i els nens als quals la Fundació ha retornat la visió. Evoca aquella nena petita, amb cataractes congènites, que mai no havia vist el menjar, ni el plat ni la cullera. Ell li va donar el primer àpat després de treure-li la bena dels ulls.

“No ho fas perquè t'ho agraeixin, sinó pel gust de fer-ho”, afirma. Quan és al Senegal i veu les cues de persones cegues que esperen torn per ser intervingudes, li agafa un deliri per operar. Ho expressa així: “Fins i tot l'últim dia li dius a l'ajudant que et porti un altre malalt, i un altre i un altre, i mira si encara queda algú.” Els ajudants són sovint els fills del Dr. Ferreruela, el Guillermo, l'Andrea, el Rafa i el Gonzalo. Ells són ara els Ferreruela Sanfeliu.

**El proper projecte**

Ferreruela diu que d'acord amb l'evolució del seu projecte, la Fundació compra ara les lents i el material al Senegal “per afavorir el negoci local”. El proper projecte solidari és instal·lar un servei de telemedicina al Senegal. Així els tècnics locals superaran la distància quilomètrica i tindran a l'abast l'opinió dels especialistes.

Uns 270 lleidatans i lleidatanes són socis de la Fundació Ferreruela Sanfeliu. “Molts socis són pacients de la nostra clínica oftalmològica”, assenyala. Hi ha, a més, dues persones que són l'ànima de la Fundació: la germana de l'Andrea i una amiga seva. “Les anomenem les tietes”, diu Rafael amb un somriure. Se'l veu segur i distès quan parla de la gent que col·labora amb ell. Més segur que el dia del lliurament del premi, quan, confessa, “em va entrar la temblera, perquè allò impressiona”.

Es pot trobar més informació de la tasca que desenvolupa aquesta Fundació a [www.fundacioferreruela.com](http://www.fundacioferreruela.com).

Magda Ballester

# 50 aniversari de l'edifici de Sanitat

El 5 d'octubre es van celebrar els actes commemoratius del 50 aniversari de l'edifici de Sanitat, que és com es coneix a Lleida la seu actual del Serveis Territorials del Departament de Salut i que aixopluga l'Agència de Salut Pública i el Servei Català de la Salut. Més de cent treballadors actuals i jubilats, que havien treballat a l'edifici, es van retrobar en un acte emotiu en el qual es va retre homenatge als anteriors delegats de Salut.

Una placa commemorativa dels 50 anys va deixar constància del fet, que va ser especialment recordat des del punt de vista històric per l'escriptor lleidatà Jesús Castellón Zazurca, que va explicar detalladament l'entorn social de principis dels anys seixanta i, per exemple, va recordar que en aquest emplaçament hi havia muntada una plaça de braus enmig dels pocs edificis construïts aleshores en aquesta zona alta de Lleida. Així mateix, l'arquitecte Marià Gomà, fill del redactor del projecte, va explicar les característiques de l'edifici catalogat com a singular.

El director actual dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Dr. Josep Pifaré, va presidir l'acte, que va comptar amb la presència com a antic delegat del Dr. Antoni Mateu i Serra, director actual de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, així com la del Dr. Sebastià Barranco Tomàs i del Dr. Josep San-



Treballadors i jubilats de Sanitat en la commemoració del 50 aniversari

tamaria Oller, exdirectors dels serveis territorials. En nom del Dr. Joaquín Enrech Salazar va recollir la placa de reconeixement el seu fill Eduard, que exerceix de magistrat a les nostres contrades.

L'acte ens va fer reflexionar sobre l'evolució de la sanitat en el darrer mig segle, competència aleshores del Ministeri de la Governació i transferida l'any 1981 a la Generalitat. Avui dia el Departament de Salut aplega les competències en matèria sanitària referides a la salut pública, l'organització, el funcionament intern, l'avaluació, la inspecció i el control de centres, serveis i establiments sanitaris, la planifi-

cació dels recursos sanitaris públics, la coordinació de les activitats sanitàries privades, la formació sanitària especialitzada i del personal del sistema sanitari públic i té adscrites les entitats i els organismes que desenvolupen les funcions abans descrites.

Al final de l'acte es va distribuir el llibre 50 anys de sanitat a Lleida, editat amb el suport de la Diputació de Lleida, dedicat a tots els que amb la seva il·lusió i esforç han contribuït a millorar la sanitat a Lleida.

Ramon Piñol Llovera  
Membre del comitè organitzador de l'acte

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions del 2 d'octubre i 6 de novembre de 2012, ha acordat i tractat, entre altres, els següents assumptes:

- Reunió el 24 de setembre de la Junta del Col·legi de Metges amb el director general de l'Institut Català de la Salut, Dr. Joan Viñas Salas, i altres directius per tractar diversos aspectes que afecten la sanitat lleidatana.
- Signatura el 18 d'octubre del document de donació econòmica que ha efectuat el Col·legi a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRB) dins el marc general de col·laboració.
- Designació novament del Dr. Eduard Solé Mir com a patró de la Fundació Andragos, en representació per Lleida del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
- Inscripció al registre col·legial de societats professionals de l'entitat Ramon Jové Talavera Societat Limita-

da Professional

· Acord d'implantar un pagament de 40 euros, més l'IVA corresponent, als/a les col·legiats/des que sol·licitin un altre carnet per haver extraviat les contrasenyes del certificat digital que incorporen els nous carnets col·legials, ja que és irrecuperable.

· Concessió d'ajuts col·legiats per a l'organització de congressos, jornades i altres esdeveniments formatius a set activitats per un import total de 2.400 euros.

· Com ja és tradicional, reserva de sèries d'un número del sorteig de la Loteria de Nadal, enguany el 78343, per distribuir-lo entre els col·legiats que ho sol·licitin.

· Adjudicació d'una nova pòlissa d'assegurança de responsabilitat civil professional, de contractació conjunta i coordinada entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i CatSalut, amb una cobertura de 4 anys, amb opció de dos anys més de prorroga, i amb millores importants de les precripcions tècniques.

· Acord per convocar la cinquena edició del Concurs de Felicitacions de Nadal del COMLL. Les bases s'han fet públiques pels mitjans habituals de comunicació col·legial.

## Moviment col·legial de setembre i octubre del 2012

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 9 altes durant els mesos de setembre i octubre de 2012: Chantal Carpintero Costa, Manuela Rodríguez Domínguez, Jordi Colomina Morales i Isaac Pascual Calleja, Maria Luisa Marco Orrios, Gerard Josep Mauri Capdevila, Laura Maria Clavel Conget, Alejandro Quílez Martínez i Maria Teresa Antorn Santacana.

El Col·legi ha registrat 7 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes d'octubre figuren les dels Drs. Jaume Roca Vallespi i Ramon Maria Egido García, que ho han estat per defunció. Total de col·legiats el 30/04/2012: 1.719

**CANVIS DE SITUACIÓ**

Passen a la condició de col·legiats honorífics els Drs. Gabriel Garasa Moreno, Luis M. Flavian Doménech, Roman Puig Giró, Maria Dolores Curiá Gregori, Ramon Pau Pla Illa, Emiliano Martín Pérez i José Juan Fernández Martínez.

## 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: 902 362 492

Telèfon Lleida: 973 273 859



## Mesures que afecten els MIR

*BUTLLETÍ MÈDIC publica en aquest número el debat sobre unes mesures que poden afectar la formació dels nostres futurs especialistes, del relleu natural dels metges i metgesses de la Regió Sanitària: la retallada de les hores de guàrdia efectives dels residents. A més, la mesura s'acompanya de l'establiment d'un contingent autonòmic en la convocatòria MIR 2013, que possiblement implicarà que moltes de les places ofertes a Lleida no es cobreixin.*

### ¿Los recortes sanitarios pueden afectar a la formación de los MIR?

La medicina española de final del siglo XX y principios del XXI nada tiene que ver con la medicina que se practicaba antes de los años 60 en nuestro país. A partir de los años sesenta la sanidad española ha ido mejorando de manera progresiva a todos los niveles, tanto a nivel de formación de sus profesionales como a nivel de infraestructuras y equipamientos. De tal manera que, hasta hace poco tiempo, el sistema sanitario español estaba considerado uno de los mejores sistemas del mundo en cuanto a calidad y eficiencia. Lo prueban las comunicaciones de la OMS y el hecho de que muchas personas de otros territorios venían a nuestro país a ser tratadas (el llamado "turismo sanitario").

#### La influencia del programa MIR en la evolución de la medicina en España

En esta progresiva mejora de nuestra sanidad ha jugado un papel clave el sistema MIR. Efectivamente, antes del MIR la medicina española se basaba en un sistema en el cual la especialización se realizaba a

través de las escuelas profesionales o a través de los colegios médicos, ambos sistemas sin un control y una calidad contrastados. El sistema MIR significó en España tipificar y unificar las especialidades médicas para todo el territorio español, introduciendo un tronco de contenidos uniforme y realizando un aprendizaje basado en la práctica clínica tutorizada común en todos los centros acreditados.

Los que ya tenemos unos cuantos años pudimos constatar la diferencia abismal tanto en la formación práctica como en la científica entre especialistas médicos pre-MIR en relación con los MIR. Se pasó de una medicina fundamentalmente práctica, centrada casi exclusivamente en la experiencia personal, aislada y desconectada de los avances recientes, a una medicina puesta al día, basada en la evidencia científica y el conocimiento actualizado de los avances más recientes.

Hoy en día no se entendería la medicina española sin el programa MIR. La alta capacitación de los especialistas españoles actuales ha llevado nuestra sanidad a cuotas nunca antes conseguidas. Por eso, mantener el programa MIR y preservar la calidad de la formación de los especialistas del futuro es fundamental y absolutamente necesario.

Los recortes en sanidad y el programa MIR. ¿Están influyendo los



recortes en sanidad en la formación de los MIR?

Como es bien sabido, la situación actual de la economía mundial, en general, y de la española, en particular, derivada de la crisis económica que estamos viviendo, está repercutiendo de manera altamente negativa en la sanidad y todo hacer pensar que en un futuro a corto y medio plazo las cosas incluso pueden ir a peor. Los recortes en el campo sanitario que se están llevando a cabo implican, lógicamente, una disminución de la calidad de la asistencia médica en nuestro país, a todos los niveles y en todos los campos de la misma.

En lo referente a la formación MIR, los recortes sanitarios también han tenido su influencia negativa, especialmente motivada por la disminución del número de guardias de los MIR. Hemos de tener en cuenta que la formación de los médicos de las diversas especialidades médicoquirúrgicas que comprenden el MIR se realizan a través de la práctica. En el MIR se aprende "haciendo" de manera tutorizada. Y, obviamente, una buena parte de la práctica se realiza durante la jornada laboral normal, es decir, durante el trabajo diario de cada una de las unidades

correspondientes, pero también otra gran parte de la práctica se obtiene durante las guardias.

Las guardias son un elemento esencial en la formación MIR, y muy especialmente en ciertas especialidades en las cuales gran parte de las actuaciones médicas se realizan en el momento en el que ingresan los pacientes. Los ingresos hospitalarios son, pues, una herramienta fundamental en la formación de los MIR. Disminuir el número de guardias que realizan los MIR, además de la repercusión económica que ello puede suponer, conlleva un déficit en la formación.

Esto es mucho más evidente en algunas especialidades en las que la atención a patologías que se presentan de forma aguda —urgencias y emergencias— y que requieren, lógicamente, la actuación inmediata. Gran parte de la actividad médicoquirúrgica que se realiza en ciertas

especialidades (Cirugía, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Cardiología, Neumología, etc.) se lleva a cabo durante la guardia. Por tanto, disminuir el número de guardias, sobre todo en estas especialidades, comporta inevitablemente un déficit formativo de los MIR correspondientes.

Por ello, sería deseable que los recortes sanitarios, si es que se tienen que hacer, no afecten a los MIR y muy especialmente al esquema de guardias en especialidades como las anteriormente citadas. Lo contrario nos llevará inevitablemente a un déficit formativo de los futuros especialistas médicos de nuestro sistema sanitario.

**Dr. Ángel Rodríguez Pozo**  
Jefe de Servicio de Medicina Intensiva. HUAV  
Profesor titular de Medicina de la UdL

*Hemos de tener en cuenta que la formación de los médicos de las especialidades médicoquirúrgicas se realiza a través de la práctica*

### Quin futur mèdic volem i com volem arribar-hi?

Em pregunten si les retallades en les guàrdies dels residents estan afectant la nostra formació i, sense pensar-m'ho, em poso a escriure aquestes línies, mentre una pluja d'idees sobre els problemes que estem experimentant com a col·lectiu mèdic em dificulta l'escriptura. És clar que es viuen moments complicats, però això no ha d'enfosquir un problema a curt i, sobretot, a llarg termini, que viurem tots plegats si les retallades segueixen afectant els metges especialistes del futur. És a dir, nosaltres.

No cal ser un geni per imaginar-se que si els residents fem menys guàrdies (en concret hem passat d'una quantitat recomanable de 4/6 per mes a fer-ne 4 al mes, i més concretament 3,7) vol dir veure menys pacients, enfrontar-se a menys situacions urgents, valorar menys patologia aguda, menys experiència en la presa de decisions per part d'un mateix i menor nombre de quiròfan d'urgències. De tot això se'n deriva una major inseguretats



mèdica, una lenta corba d'aprenentatge, una desconfiança més gran de la societat en els metges residents que els atenen a urgències i, en definitiva, menys formació i, per tant, una qualitat formativa pitjor.

Aquesta retallada se suma a la pròpia experimentada per la sanitat, que provoca, entre d'altres coses, un menor nombre de llits i quiròfans a l'hospital en èpoques concretes i un pobre o nul reemplaçament dels metges jubilats. En conseqüència, hi ha una major càrrega assistencial dels facultatius de les diferents plantilles, que els resta hores de formació i docència envers els metges que ens estem intentant formar.

Vol dir això que serem pitjors metges especialistes que els que es van formar fa 4 o 5 anys? Vol dir aquesta suposició que estarem menys preparats quan siguem especialistes? Serem capaços d'assumir els futurs joves especialistes la jubilació de l'onada de metges majors de 55-60 anys que es jubilaran els propers anys? Potser certs hospitals no ens contractaran en un futur si s'assabenten que la majoria de programes formatius de les diferents especialitats publicats al BOE s'estan incomplint, ja que fem menys guàrdies de les que es recomanen?

Aquestes són algunes de les preguntes que em vénen al cap i que, d'una banda, no sé respondre i, de l'altra, crec que tots nosaltres ens hauríem de plantejar. Ens ho hem de plantejar perquè, sense voler donar més importància a la que pròpiament ens pertoca als residents, crec que el futur de la medicina hospitalària i dels centres d'Atenció Primària està en joc si no sabem tenir cura de la formació mèdica. Ens hem de plantejar, en definitiva, quin futur mèdic volem i com volem arribar-hi.

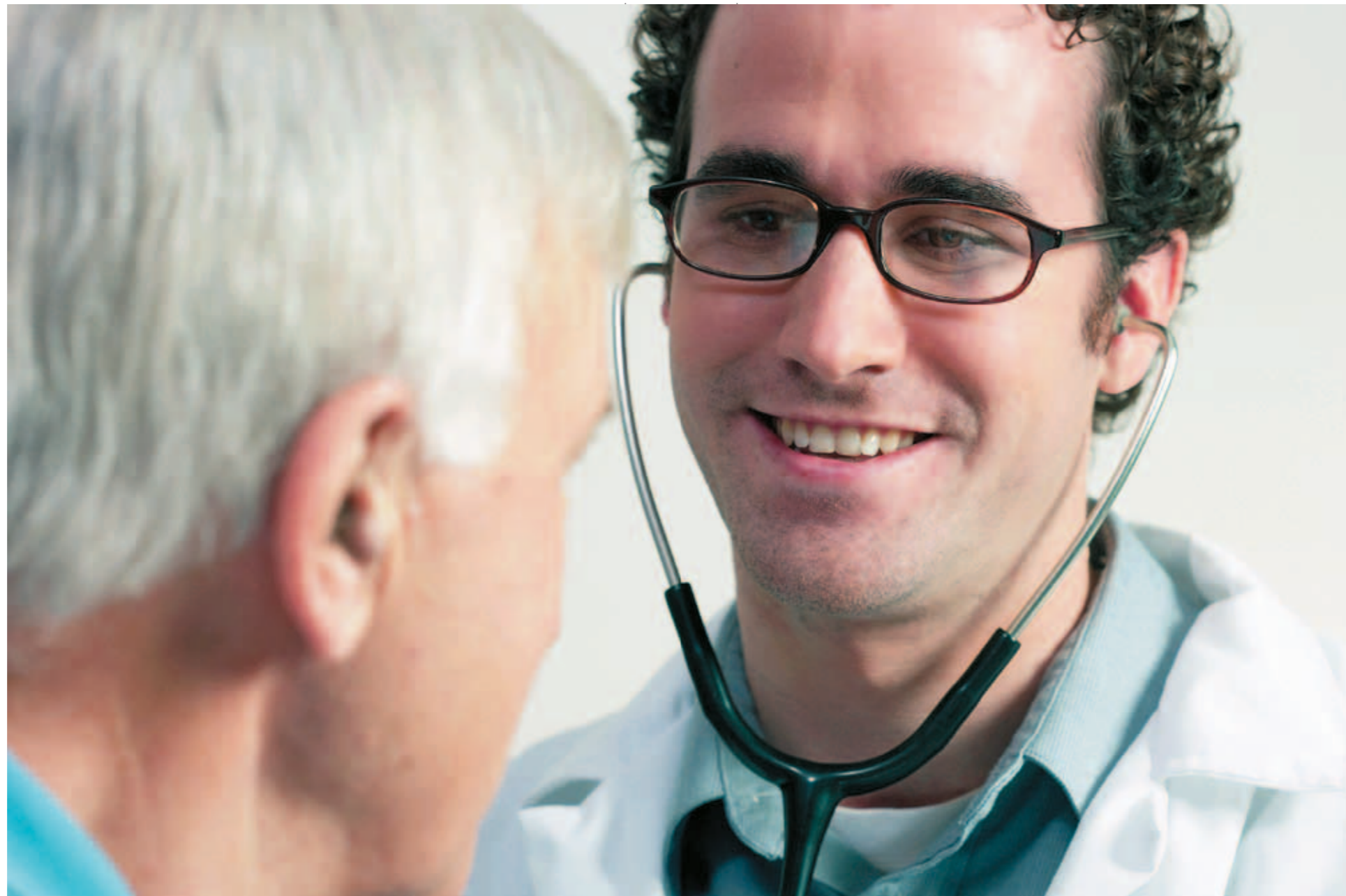
**Pep Auguet Martín**

R3 Urologia

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

## La formació especialitzada, sense prima de risc. El perquè de tot plegat

El model de la formació mèdica durant l'etapa d'especialització ha de ser una constant independent de les situacions econòmiques i finan-



ceres d'un país pel que fa a oportunitats, metodologia i avaluació. La responsabilitat institucional i la de les empreses que s'hi dediquen n'ha de garantir l'adequat desenvolupament en totes i cadascuna de les Unitats Docents (UD) que hi participen. Una altra cosa és analitzar de forma ajustada la capacitat docent real (quants es poden formar amb la millor qualitat), potser en un marc diferent al de les suposades necessitats d'un país, molts cops més ben ponderades pel que fa a distribució per especialitats que pel que fa a nombres absoluts de cadascuna d'elles.

Disposem d'un dels millors sistemes formatius d'especialització mèdica del món, al qual accedeixen els expedients acadèmics amb les

notes més altes del batxillerat del nostre país, després d'aconseguir un grau, que a poc a poc es va transformant en un model d'aprenentatge modern i competitiu. Les UD i els seus components es van professionalitzant de forma contínua amb una garantia clara quant a la supervisió i l'avaluació formativa dels metges i metgesses residents, remarcant-nr un valor afegit, com és la seva llarga experiència en el procés formatiu. Per tant, penso que tots els nostres llicenciats han de tenir cabuda en un termini raonable i de forma prioritària a la Formació Sanitària Especialitzada (FSE).

Estic parlant dels qui són el futur immediat per a la sostenibilitat del sistema sanitari i els garants de la continuïtat d'una professió mil-

lenària, la més antiga juntament amb el sacerdot, i de les més ben valorades i necessitades per la població.

El compromís dels metges en la formació de la nostra professió està establert des de fa segles. Ja hi trobem referències al jurament hipocràtic. El nostre codi deontològic diu: "I faré participis dels preceptes i de les lliçons orals i de tot altre mode d'aprenentatge no solament els meus fills, sinó també els de qui m'hagin ensenyat a mi i als deixebles inscrits i lligats per jurament segons la norma mèdica, i a ningú més." Al seu article 63, el codi elaborat per l'OMC, a la pàgina 53, fa referència a les condicions que hem de vetllar en la docència. I la Llei d'Ordenació de les Professions

Sanitàries (LOPS, Llei 44/2003, del 21 de novembre) hi dedica el Títol II amb quatre capítols.

Les competències de la professió mèdica s'aprenen de forma majoritària en la pràctica clínica real, en un camí continu d'aprenentatge, des del grau fins més enllà de la vida laboral, basat en el coneixement, l'observació, la simulació (la pràctica en entorns virtuals), la repetició amb supervisió i l'assumpció de forma progressiva de responsabilitats sumant-hi la pròpia experiència i la dels altres companys. Per tant, la participació dels metges de qualsevol especialitat és imprescindible en totes i cadascuna de les seves etapes, sense obviar que les seves condicions laborals, organitzatives i morals influiran d'una manera direc-

ta en la formació del metge resident.

En el moment actual, amb un discurs continu de falta de recursos, aquests punts adquireixen encara més importància. Són prou rellevants per tenir-los en compte de forma prioritària a l'hora d'implementar qualsevol mesura sobre l'estructura formativa. A més, de forma explícita i inexcusable, s'han de tenir en compte els propis professionals en la seva planificació, desenvolupament i avaluació.

Alguns punts febles en el moment actual:

- El pes dels sistemes organitzatius assistencials vers els objectius docents. Els docents es troben molts cops que ambdós es planifiquen de forma paral·lela i sense tenir-los en compte. És veritat que la formació en pràctica real no ha d'allunyar-se de les condicions en què es trobaran els metges residents en la seva futura vida laboral, però s'ha de vetllar perquè les UD disposin dels tutors i col·laboradors docents necessaris, amb les suficients oportunitats per a la seva formació i amb els espais i el temps necessaris per garantir la millor qualitat durant la formació. Les línies estratègiques dels serveis, la dotació de la plantilla, les consultes i

*Tenim un dels millors sistemes d'especialització mèdica del món*

quiròfans, la tecnologia sanitària, els mitjans de reproducció audiovisual, l'accés a les tecnologies de la informació, el repartiment de les tasques assistencials i les no assistencials directes han d'estar orientades en aquest sentit si de veritat es creu en una visió estratègica de la docència.

- Els valors de la professió diluïts en un entorn tècnic per garantir competències laborals.

L'actual reivindicació del professionalisme mèdic ens porta cap a una medicina basada en els valors, complementària de la medicina basada en l'evidència, amb una simbiosi entre la competència tècnica i la humanística. En aquests models centrats en qui aprèn, hem d'ajudar els metges residents a desenvolupar-se de forma semblant en qual-



sevol de les dues branques.

- La tasca laboral dels residents vers el pes del programa formatiu.

La missió principal dels metges residents és assolir, amb el màxim nivell de les seves capacitats, les competències que li seran pròpies en l'especialitat en la qual es formen i, a la vegada, desenvolupar una tasca laboral en l'empresa que els acull d'acord amb els contractes signats. Aquesta contraprestació mai no ha de suposar una restricció en les oportunitats d'aprenentatge ni hauria de ser l'objectiu principal durant aquest període formatiu.

- Pes excessiu dels arguments economicistes vers els objectius docents.

Sempre caldrà tenir present que els costos de les activitats relacionades amb l'aprenentatge han d'anar íntimament relacionats amb la seva efectivitat i l'impacte final en l'assoliment de les habilitats. No obstant això, també cal tenir present que en el cos dogmàtic de la professió mèdica hi ha moltes disciplines a les quals no s'ha de renunciar i que són molt complexes de mesurar pel que fa al seu cost real, com podrien ser, entre altres, la bioètica, la comunicació, la recerca i la docència, sense les quals difícilment es podrien completar les línies essencials de la nostra professió.

- La motivació i les ganes d'aprendre enconegides amb la por de les sortides laborals.

Els adults aprenem per necessitats sentides o esperades. La confusió actual sobre les sortides professionals, lligada a la falta d'un model clar i amb alguna continuïtat del sistema sanitari, pot implicar que els metges residents no tinguin clar el seu rol final i supeditin el seu aprenentatge a miratges elaborats per les emocions negatives durant la seva residència.

- Cap a la sostenibilitat dels sistemes formatius de postgrau

Caldrà fer una reenginyeria docent de les institucions sanitàries, analitzar i reflexionar sobre el que ja es fa, veure el que realment és útil (anàlisi de l'impacte formatiu), canviar allò que no demostra la seva eficàcia i millorar els aspectes clau, així com tenir ben definides les competències essencials i els seus escenaris en cada servei assistencial docent, amb els mecanismes d'avaluació formativa (continuada). És imprescindible tenir ja un pla de qualitat docent, partint de l'elaboració d'un mapa dels processos

## Els docents han de disposar d'oportunitats per formar-se

necessaris per dur a terme amb totes les garanties els programes formatius, amb un sistema de millora contínua de la qualitat per eliminar les bosses d'ineficiència que consumeixen recursos escassos i redirigir-los a pràctiques més eficients.

Prioritzar les aliances docents entre institucions i entre les mateixes UD, allò que en diuen economia d'escala.

Analitzar i adequar a les possibilitats reals la capacitat docent de cada Unitat Docent, tot aportant totes les innovacions tècniques i metodològiques, potenciant nous instruments per a la docència (TIC) i implementant noves competències. Cal redefinir els objectius docents sobre la base de l'adaptació de les competències a nous rols professionals i augmentar la polivalència de la capacitat professional dels residents per dotar-los de recursos amplis per adaptar-se a un món laboral en un continu moviment.

Els equips directius han de participar de forma activa en la planificació i avaluació de la docència, incloent-la com a part estratègica de les seves organitzacions i amb un pes important en la incorporació de nous professionals. I, per la seva part, els docents han de tenir un paper principal en totes i cadascuna de les decisions que puguin tenir algun impacte sobre la tasca docent. El paper de les comissions de docència adquireix actualment més rellevància i protagonisme.

Cal evolucionar ja cap al contracte docent, vincle formal entre qui contracta i assegura els serveis i qui presta, on constin de forma clara els recursos de què es disposa i el resultat que s'espera. Potenciar totes aquelles fórmules que permetin l'entrada d'ingressos a les UD (formació externa, tenim grans experts, la recerca, amb premis, finançaments i patents). Potser cal oferir el nostre sistema formatiu de postgrau a altres països, amb contraprestacions clares (no només econòmiques), com ara facilitar estades formatives, i amb un inter-

canvi d'experts.

Cal mantenir un increment continu de la professionalització dels docents, amb els suficients incents curriculars i acadèmics que consolidin la seva participació i expertesa. Els docents han de disposar de totes les oportunitats possibles per poder formar-se i gestionar la docència. Recuperar i incrementar el protagonisme de la formació en valors humanístics propis de la nostra professió: honestat, altruisme, confiança, veracitat, confidencialitat, respecte, compassió, integritat i calidesa, sobre la base d'una formació transversal a tots els metges residents de les competències no assistencials (comunicació, bioètica, treball d'equip, qualitat i gestió...).

Des de les institucions planificadores, les societats científiques, la universitat i els col·legis professionals caldrà iniciar de forma prioritària la construcció d'un observatori que permetés conèixer a cada moment les necessitats reals dels professionals, en nombre i tipus, segons l'evolució del model sanitari i les possibilitats reals del país, de manera que permetés adequar l'oferta final.

Sempre sabent i coneixent l'existència de les línies vermelles que no es poden traspasar:

"Todo médico está obligado a conocer bien los límites reales de su capacidad y no puede ignorar los riesgos a que se expone si, por actuar en áreas en las que no haya adquirido la necesaria experiencia, se produjeran consecuencias desafortunadas". "Fronteras Internas del ejercicio profesional". Declaració de la Comisión Central de Deontología OMC (2007).

I podríem seguir afegint les idees dels lectors basades en el seu coneixement i la seva experiència i cada cop aniríem creixent més. Invertir en la docència mèdica cada cop serà un valor més segur.

**Dr. Eduard Peñascol Pujol**

Cap d'Estudis de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària ICS. Lleida

## Retallades i formació sanitària especialitzada

El sistema actual de formació sanitària especialitzada va néixer fa més de 30 anys i s'ha posicionat com un dels millors sistemes d'aprenentatge

sanitari possible, que suposa, a més un canvi positiu important i transcendent tant en la medicina catalana com a la resta de l'Estat espanyol.

Durant els primers anys de l'anomenat sistema MIR, la convocatòria de places era molt inferior al nombre d'opositors i, per tant, l'accés era complicat, difícil i discriminatori. Entraven pocs residents i tenien els diferents hospitals i unitats docents al seu servei, en un entorn molt favorable, ja que eren anys d'expansió als nostres hospitals. La manca d'una estructura docent clara se suplía amb molta il·lusió i treball per part d'adjunts i residents.

L'evolució del sistema de formació especialitzada ha estat l'intent per part del ministeri d'estructurar-lo, professionalitzar-lo i adequar el nombre de places ofertes a la realitat del nombre d'estudiants de Medicina a les nostres facultats. Els reials decrets 1146/2006 i 183/2008 plasmen els esforços del ministeri per aconseguir aquesta fita. L'augment de places ha suposat durant aquests últims anys que l'examen d'accés passés de discriminatori a merament distributiu.

Els reials decrets de 2006 i 2008 clarifiquen els aspectes laborals del resident i estructuraren clarament la docència. No obstant això, la pres-

## Cal adequar l'oferta de places a la capacitat del sistema i a la nostra realitat

sió assistencial de la majoria dels nostres hospitals, juntament amb l'augment del nombre de residents i la falta de previsió o la poca inversió en docència, fa que els tutors i responsables de docència hagin de fer un esforç per aconseguir els objectius que marca el ministeri, ja que a la majoria dels implicats no se'ls allibera de les seves tasques assistencials per poder tenir una dedicació adequada a la docència.

Si a tot l'esmentat anteriorment hi afegim les retallades sanitàries (retallada de guàrdies, tancament de llits, tancament de quiròfans, etc.) secundàries a la crisi, ens trobem davant la situació següent:

Els gairebé 7.000 residents per any que entren en cada convocatòria al nostre sistema sanitari han de complir un programa de formació realitzat per la comissió de l'especialitat corresponent, que haurà de

ser adaptat al centre pel seu tutor. Si es tanquen llits i quiròfans es disminueix l'atenció continuada i no s'allibera de treball assistencial els tutors i responsables docents i és difícil que es pugui complir aquest programa de forma adequada. Per tant, és urgent que els responsables sanitaris, si no volen que la qualitat del nostre sistema disminueixi de forma ostensible, prenguin mesures per solucionar aquest tema i adequin l'oferta de places a la capacitat del sistema i a la realitat del nostre país.

En els últims anys, coincidint amb la major oferta de places de residents, s'han acreditat moltes unitats docents que han treballat dur i amb molta il·lusió. Per tant, hi ha molts hospitals a la nostra autonomia i a la resta de l'Estat espanyol capacitats per formar de manera excel·lent els residents. Les probables retallades en el nombre de residents no ha de suposar la concentració de residents en els grans hospitals, ja que la retallada en mitjans que tot el sistema sanitari pateix fa més viable que totes les unitats docents hagin de formar residents per no sobrecarregar els serveis dels grans hospitals i donar una formació més adequada i que es puguin complir els programes de formació.





Els residents han de formar-se de forma adequada i les retallades no n'han d'afectar la formació. És preferible en el futur formar menys residents que formar-ne molts amb menys qualitat, però els responsables sanitaris no han d'oblidar que els residents actuals han de formar-se adequadament i no hi ha d'haver retallades que posin en perill la seva bona formació, perquè tots tenim la responsabilitat que així sigui: els serveis, perquè van demanar ser acreditats; les comissions de docència, direccions d'hospitals i responsables de les autonomies corresponents, perquè van donar el seu consentiment, i el Ministeri de Sanitat, perquè les va acreditar. Per tant, tots hem de vetllar perquè els nostres residents tinguin la millor formació possible.

No obstant això, si la situació econòmica que vivim no pot evitar retallades en els actuals residents, aquestes han de ser equitatives per a totes les comunitats autònomes i no hi ha d'haver diferències entre hospitals en cap concepte. L'equitat evita molts problemes i transmet als nostres residents justícia i confiança en el sistema.

Davant aquesta situació, els residents de diverses comunitats autònomes s'estan organitzant a través d'una plataforma ([www.residentesindignados.com](http://www.residentesindignados.com)) i a les xarxes socials Twitter i Facebook per obrir fòrums de debat i buscar suports en diverses organitzacions (Organització Mèdica Col·legial, societats científiques, comissions nacionals, European Junior Doctor, etc.).

És molt positiu que els residents passin a tenir una actitud activa i adquireixin aquest protagonisme davant una situació difícil i complicada en la qual tenen molt a dir, de manera que les autoritats sanitàries els haurien d'escoltar amb molta atenció perquè necessitaran la seva ajuda per solucionar els problemes actuals i arribar a un equilibri que garanteixi una adequada docència en el marc de la crisi econòmica. D'altra banda, els residents haurien d'actuar amb comprensió i responsabilitat davant aquesta difícil situació.

La formació d'especialitats hospi-



talàries de la nostra àrea es realitza a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova que, igual que la unitat docent de Medicina de Família, depenen de l'Institut Català de la Salut (ICS).

La primera acreditació d'una especialitat hospitalària va ser el 1983 i actualment formem residents de 26 especialitats hospitalàries, 14 de les quals acreditades en els últims anys. Per tant, l'experiència docent a la nostra àrea sanitària és important. Durant aquests 29 anys de docència, al costat de la Unitat Docent de Medicina de Família, hem format més de 500 residents. Actualment, tenim acreditades 37 places/any d'especialitats hospitalàries, nombre ideal en relació amb la grandària de l'hospital (gairebé 500 llits) per a una bona formació.

El centre corporatiu de l'ICS ha limitat el nombre de guardies dels residents. La comissió de caps d'estudis de l'ICS i representants de residents ha intentat que aquesta reducció no afecti el compliment dels programes de l'especialitat negociant amb responsables de l'ICS. La majoria de programes diuen que el nombre de guardies siguin entre 4/6 al mes. La decisió de l'ICS ha estat limitar el nombre de guardies per resident a 48 a

l'any, és a dir, 4 al mes, el mínim exigible en la majoria dels programes de l'especialitat. A més, dins dels acords valora la possibilitat que, en cas de necessitats assistencials o docents justificades, es pugui superar aquest mínim de guardies imposat.

Des del punt de vista docent, les comissions de docència no poden posar gaires objeccions a una norma que no vulnera els programes d'especialitats, encara que sí que poden mostrar la seva preocupació perquè aquesta norma de limitació només afecti els hospitals que depenen de l'ICS, quan es formen molts residents en altres centres dins de la nostra autonomia. Les decisions sobre residents haurien de ser uniformes, no només pel que fa a comunitat autònoma sinó de tot l'Estat espanyol, ja que els seus programes de formació són semblants i aquesta discordança en les retallades pot castigar els hospitals que les posen en pràctica, sobretot a l'hora d'escollir plaça els residents, a més de crear desequilibris en la docència.

La formació de residents és vital perquè el nostre sistema segueixi essent competitiu i eficaç. No podem posar-lo en perill, ja que el que hem aconseguit fins ara ens omla d'orgull i ha suposat un abans i un després en la qualitat de la nostra medicina. Tots els que formem part d'aquest sistema sanitari hauríem de lluitar fins a l'extenuació perquè el sistema MIR segueixi tenint la solvència que tants esforços ens ha costat aconseguir.

Dr. Manel Vila

**La formació de residents és vital perquè el nostre sistema segueixi essent competitiu i eficaç. No podem posar-lo en perill**

## Projecte Galatea

*S'ha publicat el Projecte Galatea, que fotografia la salut mental dels estudiants de Medicina de Catalunya. Els seus resultats, per les característiques de la carrera i dels seus alumnes, difereixen significativament respecte dels estudiants d'altres carreres.*

Avui dia l'interès per estudiar Medicina és molt alt, tal com demostren les notes de tall de les facultats any rere any. Per això, els alumnes que entren a Medicina solen ser gent brillant en els estudis, força aplicats i amb unes expectatives altes, ja que seran les característiques per accedir-hi, però al mateix temps es converteixen en una arma de doble tall, atès que són un primer factor estressant. No és l'únic. L'estudi apunta que la pressió familiar per escollir aquesta carrera també és un factor que cal tenir en compte.

El projecte agafa com a marc de referència el que defineix com a reserva de capacitats per afrontar els problemes, on influeixen tant els factors agreujants com els protectors. Tanmateix, fins aquí no hi hauria gaires diferències entre els futurs estudiants de Medicina dels d'altres estudis. Llavors, què fa més propensos els estudiants de Medicina a patir trastorns de caire depressiu i ansios?

Un cop els estudiants arriben a primer curs, tot havent superat les dificultats per entrar a Medicina, apareix l'estrès de la vida universitària amb períodes llargs d'estudi i, en alguns casos, els primers fracassos. L'èxit o el fracàs no equival tan sols a aprovar o suspendre, molts cops l'estudiant viu com una decepció una nota baixa, ja que està acostumat a excel·lir acadèmicament.

S'apunta, doncs, que l'estrès acadèmic i les demandes de temps i energia que requereix la carrera influeixen sobre la vulnerabilitat personal i poden ser senyals d'alarma per a una possible psicopatologia.

El Projecte Galatea estima la salut mental dels estudiants a través de tres qüestionaris: el General Health Questionnaire (GHQ), que valora la presència de símptomes ansiosos o depressius en el moment de

l'entrevista, i l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), que analitza el "burnout" com l'esgotament emocional i la manca de compromís. A més, s'ha inclòs una forma abreujada del Big Five Inventory (BFI-10), que puntua les cinc dimensions bàsiques de personalitat: neuroticisme, extraversió, obertura envers noves experiències, cooperació i responsabilitat. Està demostrat que la barreja d'aquests cinc factors té una elevada capacitat predictiva sobre nombrosos comportaments, ja que determina la nostra capacitat per adaptar-nos a situacions d'estrès i resoldre conflictes.

Amb les dades recollides es conclou que els nivells de distrès emocional i possible risc de patir trastorns psicopatològics és molt elevat (37,5% en homes i 50,2% en dones) respecte al possible risc de mala salut mental en estudiants d'altres carreres (7,2% en homes i 10,6% en dones). Cal dir que les dones obtenen puntuacions més altes en neuroticisme —tendència a presentar respostes extremes i duradores d'ansietat i depressió enfront de situacions d'estrès— i és congruent amb la major presència de símptomes.

Quan es comencen a percebre problemes, alguns alumnes intenten trobar-hi solucions prenent tranquil·litzants —amb recepta o sense—, alcohol o amfetamines. S'ha de destacar que el consum d'aquestes mateixes substàncies en altres ensenyaments és sensi-

**El nivell de distrès emocional és molt elevat, segons les dades recollides**

blement inferior, sobretot en el cas dels tranquil·litzants (33,5% dels estudiants de Medicina respecte al 10,7% dels altres). D'altra banda, el consum de tabac entre els alumnes de Medicina és estadísticament inferior a la resta d'estudiants (11,7% respecte al 25,2%).

Queda clar que alguna cosa està passant quan els i les joves que, en principi, tant han desitjat iniciar aquests estudis troben dificultats.

Segons el Projecte Galatea, l'inici de les pràctiques clíniques pot ser una font d'estrès o malestar. Certs alumnes pateixen conflictes emocionals lligats a la formació clínica i el tracte amb els pacients. Els alumnes també han estat pacients en alguna ocasió i coneixen les expectatives que s'espera dels metges. Aquest col·lectiu és dipositari de les intimitats, pors i esperances de la gent i es demana als metges i metgesses una bona resposta. Per això, és normal que els estudiants estiguin nerviosos o estressats, atès que volen ser bons en la que serà la seva feina.

A més, sabem que ser bo en els estudis no significa necessàriament ser bon metge/metgessa. Aprendre a resoldre situacions difícils (donar un diagnòstic, les relacions amb la família, temors del metge: em prendran seriosament? I si m'equivoco?) és també quelcom que cal aprendre i, per tant, pot ser una font de dubtes i desconeixement. Però se'ls ha de recordar que no deixen de ser alumnes, que s'entén que estan formant-se i que les responsabilitats no recauran sobre ells, és a dir, les pràctiques són necessàries perquè vegin l'exercici diari de la Medicina i com enfrontar-se a les diferents situacions. Per contra, si no poden sobreposar-se a l'angoixa, no podran respondre com a metges quan sí que els toqui assumir responsabilitats.

En síntesi, sembla que estudiar Medicina sigui contraproductiu per a la salut, tot arribant a nivells tan preocupants com el 50% dels estudiants de 21 anys que pateixen esgotament emocional i el 15% que desenvolupa depressió major.

Tot indica que la influència de la carrera és cabdal pel que fa a explicar les conseqüències sobre la salut mental que pateixen els estudiants de Medicina, de la mateixa manera que l'estrès acadèmic i els conflictes emocionals de la clínica semblen estar-hi molt més implicats que no pas els conflictes personals propis de la seva edat. No tot es pot



atribuir a aquests factors, i és que depenen de la vulnerabilitat de la persona, del seu entorn i el suport que rebi per part de les institucions i dels docents.

Hi ha més d'una causa i les correccions haurien de venir per diferents vessants. En primer lloc, s'hauria d'abordar el tema de la nota d'entrada, perquè, si bé és cert que els alumnes duen expedients acadèmics brillants, aquests no sempre es reflecteixen durant l'ensenyament de Medicina i tampoc no asseguren que tothom que ha assolit la nota després pugui assumir la pressió de l'estudi i/o de la clínica.

En aquest punt, potser seria bo obrir el debat sobre si la nota de selectivitat, tot i ser la més objectiva, és la millor per seleccionar els estudiants que entren a la Facultat de Medicina, ja que fins ara s'ha demostrat insuficient.

En segon lloc, i aquí sí que creiem que s'hauria de fer distincions entre la llicenciatura i el grau, és necessari fer els estudis una mica més participatius per ajudar a motivar més l'alumnat, sobretot durant el primer cicle de la llicenciatura.

En el cas del grau de Lleida, el nou pla d'estudis ha fet que el nombre de classes magistrals sigui inferior a la llicenciatura i el de pràctiques sigui significativament superior, però, ans al contrari, això no és perjudicial. No s'espera de l'estudiant en el primer moment tasques que comportin una important responsabilitat i, per tant, s'adapta més bé a l'entorn mèdic. Potser sí que hi poden haver nivells d'estrès més elevats, però aquestes pràctiques integrades dins l'avaluació continuada permeten tenir més d'una nota en el còmput final.

Com a tercera causa, s'hauria de tenir en compte l'adquisició de certes aptituds per fer front a les situacions adverses. Reconeixem que aquest és un tema molt complex i no precisament exclusiu dels estudiants, perquè la societat actual, altament competitiva i individualista, tampoc ho afavoreix.

Per tant, creiem que els canvis haurien d'afrontar-se des de les institucions i des de l'alumnat.

D'una banda, es tracta de promoure hàbits saludables de vida acompanyats del contacte, com ja passa, amb els estudiants de cursos superiors per millorar els resultats obtinguts. Des del nostre punt de vista, aquestes mesures són adequades perquè la seva aplicació i el seu cost no serien gaire elevats,

mentre que els beneficis podrien ser força considerables.

Reconeixem que tractar un tema tan ampli com el consum de tòxics, la baixa autoestima i la dificultat per resoldre conflictes en una edat més o menys adolescent i en un àmbit com l'universitari pot ser complicat. Això no obstant, la dificultat per establir uns mínims consensos que puguin ajudar-nos a tots no ens ha d'evitar emprendre'ls, perquè entre les conseqüències més importants hi ha la pèrdua d'alguns estudiants durant el període acadèmic i el futur de la Medicina que representen els altres.

Per part nostra, si volem gaudir d'una bona salut mental, hem de ser capaços d'adaptar-nos a cada moment, ser menys perfeccionistes i més positius i tenir una bona xarxa d'amics i suport que amorteixi els efectes d'estrès, per tal d'afrontar amb ganes el fet d'aprendre a ser metges/metgesses.

**Jordi Jové Solé**

*Estudiant del grau de Medicina*

**Mireia Armengol Gay**

*Estudiant de la llicenciatura de Medicina*

## Estudiants de Medicina i ús de substàncies psicoactives

El consum de drogues i altres substàncies és un problema mundial que afecta sobretot els joves i adolescents. El problema augmenta en la població dia a dia i, per tant, constitueix un problema de salut pública relacionat amb múltiples causes. Les organitzacions internacionals reconeixen les conseqüències de l'ús de substàncies psicoactives, no només per a l'individu que les consumeix, sinó també per a la família, la comunitat i altres persones pròximes al consumidor. S'indica també que un 8,9% del pes global de les malalties resulta del consum de substàncies psicoactives.

Una població especialment sensible són els estudiants universitaris,

que en la societat actual compten amb nous elements potencialment provocadors d'estrès. Un dels elements més rellevants és, sens dubte, la competitivitat, ja que són molts els estudiants i no tantes les oportunitats del mercat laboral. Així, ser dels millors es converteix en un objectiu dels estudiants (sobretot en els últims cursos), que es planteja per sobre, fins i tot, de l'adquisició de coneixements.

D'altra banda, els hàbits acadèmics adquirits prèviament i l'exigència acadèmica canvien, de manera que es considera que l'entrada a la universitat representa un conjunt de situacions altament estressants. L'estudiant sol experimentar, encara que només sigui transitòriament, una falta de control sobre el seu nou ambient.

L'aparició d'ansietat pot ser un esdeveniment normal, fins i tot adaptatiu, que a un nivell moderat pot facilitar un bon rendiment dels alumnes, però pot derivar en una situació patològica.

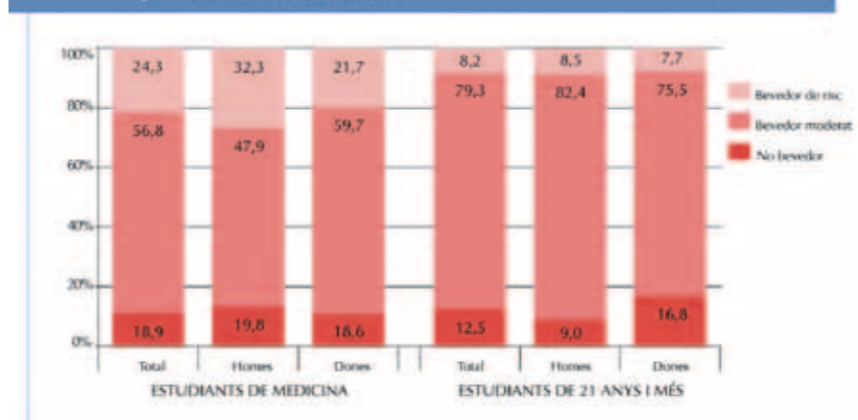
Les diferents situacions de sobre-demanda, com el moment de l'examen i la seva preparació, es consideren el període en què es produeixen els índexs més alts d'estrès.

Hi ha casos en què arriba a ser excessiu i persistent, i al mateix temps va acompanyat d'una conducta d'evitació o fòbies específiques de tipus situacional, amb manifestacions en l'àmbit cognitiu, amb valoracions i percepcions negatives de l'estímul fòbic ("no em sortirà bé l'examen"), a nivell psicofisiològic (p. ex., sudoració, augment de la freqüència cardíaca, etc.), emocional (culpabilitat) i, finalment, en l'aspecte motor, amb conductes destinades a posposar i impedir la interacció amb l'estímul fòbic, com no presentar-se a l'examen.

Aquest tipus de patologia ha mostrat una comorbiditat del 65% amb altres trastorns mentals, com episodis depressius, trastorns d'ansietat o conductes addictives.

D'aquesta manera, les situacions potencialment estressants poden afectar de manera significativa els hàbits saludables i tenir repercussions a escala emocional, física i cognitiva, amb perjudici dels hàbits d'al-

GRÀFIC 11: Consum d'alcohol per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



mentació, les hores de son, l'exercici físic o incrementar, fins i tot, l'ús de tabac, alcohol o altres substàncies psicoactives i psicofàrmacs.

Als Estats Units, l'estudi de McCabe revela que el 8,3% d'universitaris ha utilitzat fàrmacs estimulants durant la seva vida i un 5,9% els ha utilitzat durant l'últim any, generalment amb l'objectiu d'ajudar la concentració i augmentar l'estat d'alerta. Altres estudis han mesurat també l'ús de tranquil·litzants per presentar-se a les avaluacions o per pal·liar l'estrès generat en els requeriments a què s'exposen (p. ex., treball en grup, presentacions orals, etc.).

Dins el grup dels universitaris, els estudiants de Medicina són més propensos al consum de fàrmacs o drogues, ja que estan sotmesos a altes demandes acadèmiques i conflictes emocionals que han d'afrontar durant la formació mèdica. Diferents autors s'han centrat a estudiar el consum de psicofàrmacs i substàncies psicoactives (café, begudes energètiques, til·la i valeriana, etc.) en estudiants de Medicina i han pressuposat que aquests tindrien més precaució en el seu consum atesos els coneixements adquirits durant els seus estudis. No obstant això, s'ha constatat un augment del consum de psicofàrmacs durant els últims anys de la carrera, en què hi ha una major càrrega i complexitat en el procés d'aprenentatge dels estudiants quant al component teòric i la pràctica clínica. Un percentatge molt elevat consumeix medicaments sense prescripció mèdica i s'ha arribat a concloure que el coneixement dels fàrmacs podria no estar relacionat amb l'ús correcte d'aquests.

En estudis descriptius realitzats a estudiants de facultats de Medicina de diferents països, s'observa i aler-

ta que:

L'alcohol és el tòxic de més consum, en patró d'abús els caps de setmana.

En període d'exàmens, s'observa un menor consum d'alcohol, però un augment en l'ús de cafeïna, tabac i altres substàncies psicoactives i psicofàrmacs (estimulants com metil·fenidat, antidepressius, ansiolítics/hipnòtics), amb un elevat potencial addictiu i el perill del seu consum quan es dona en forma d'automedicació.

Menor ús en l'àmbit d'oci, de tabac i de drogues il·legals com el cànnabis i la cocaïna, respecte a altres estudiants universitaris.

Major percentatge en el consum de psicofàrmacs, considerant d'aquesta manera la major informació sobre els riscos i beneficis de cada substància, així com l'avaluació de la seva efectivitat per pal·liar l'estrès o potenciar el rendiment.

Major grau d'accessibilitat a aquestes substàncies (p. ex., a través de familiars metges) i la facilitat per aconseguir-les sense prescripció mèdica.

Majors nivells d'ansietat i depressió trobats als estudiants de Medicina, que podrien ser desencadenants d'un major nivell d'automedicació".

Moltes altres variables s'han mesurat, com els antecedents familiars psiquiàtrics i d'ús de tòxics, factors de personalitat individuals, la religiositat, el grup de suport familiar i social, la percepció del risc i l'actitud en front de l'habilitat d'un mateix a automedicar-se sense ser addicte.

L'abús d'alcohol i l'ús experimental de drogues il·legals no està gaire clar entre els estudiants de Medicina, ja que a priori sembla un fenomen temporal reflectit en l'estil de vida de l'estudiant jove. Tanmateix, les possibles conse-

qüències de l'ús de drogues poden influenciar negativament en la seva qualitat de vida i en el seu àmbit familiar, però, a la vegada, com a futur metge, en els aspectes professionals, en funció del paper que el metge representa en la societat com a agent actiu de la salut.

Molt recomanable és la lectura de l'*Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina a Catalunya*, presentat recentment per la Fundació Galatea, que es va fer a 420 estudiants de Medicina de quart curs durant l'any acadèmic 2009/2010, xifra que representava en aquesta data el 52% del total de alumnes matriculats a la Universitat de Lleida, la Rovira i Virgili, la Universitat Autònoma de Barcelona i la Universitat de Barcelona, on es mostra l'elevat consum d'alcohol, marihuana i fàrmacs tranquil·litzants.

L'estreta relació entre el consum de substàncies psicoactives i situacions acadèmiques, així com el fet que el rendiment acadèmic s'hagi considerat un factor de risc molt important en el consum d'alcohol i altres drogues, posen de manifest la necessitat de dissenyar programes preventius que se centrin en aquesta problemàtica a través de la detecció de factors de risc i intervenció específica en els estudiants de Medicina, amb un distres emocional i un risc psicopatològic més elevat, i així puguin assolir no només competència en el seu àmbit professional, sinó també metges sans que puguin atendre els seus pacients d'una manera competent.

*Aquests són els deures d'un metge: primer, curar la seva ment i ajudar-se a si mateix abans d'ajudar ningú.*

*Epitafi d'un metge atenes del segle II aC*

**Dra. E. Castan**  
*Psiquiatra*

*Unitat d'Interconsultes i Psiquiatria d'Enllaç Hospital Santa Maria, Lleida*

## BIBLIOGRAFIA

- [http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant\\_cat.pdf](http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cat.pdf)  
Teter CJ, Pharm.D., Esteban McCabe S, Ph.D., M.S.W., LaGrange K, Pharm.D., Cranford JA, Ph.D., and Boyd CJ, Ph.D., R.N. Illicit Use of Specific Prescription Stimulants Among College Students: Prevalence, Motives, and Routes of Administration. *Pharmacotherapy*. 2006; 26 (10): 1501-1510.  
Kenna GA, Lewis DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev*

*L'aparició d'ansietat pot ser un esdeveniment normal i adaptatiu que pot facilitar el rendiment, però pot derivar en una situació patològica*



Policy 2008; 29:3.

Voigt K, Mittag D, Gobel A. et al. Consumption of alcohol, cigarretes and illegal substances among phisicians and Medical students in Brandenburg and Saxony. BMC Health Serv Res, 2009; 9: 219.

Carballo Crespo, JL, Marín Vila M, Pons Torres C, Espada Sánchez JP, Piqueras Rodríguez JA, Orgilés Amorós M. Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes. Health and Addictions 2011; 11 (1) : 19-30.

## La salut dels estudiants de Medicina de la Fundació Galatea

Els resultats de l'estudi *La salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de Medicina de Catalunya*, realitzat per un grup de treball dirigit pel Dr. Manel Salameró i la Fundació Galatea, criden molt l'atenció en aspectes sobre els estudiants de Medicina, com ara:

- El fet que els estudiants de Medicina són menys fumadors, però més bevedors de risc i més consumidors de drogues i tranquil·litzants que altres joves de la seva mateixa edat.
- Tenen més risc de patir trastorns mentals de tipus ansiós-depressiu que altres joves de la seva mateixa edat.
- Tenen menys hores de son i menys descans que altres joves de la seva mateixa edat, i aquests aspectes criden l'atenció.
- Curiosament, quant al consum de tabac o la pràctica d'esport, els estudiants de Medicina tenen un hàbit més saludable que els joves de la seva edat.

Quan vaig llegir per primer cop aquest informe vaig quedar desconcertat davant aquestes dades, ja que tenia una altra percepció sobre el tipus d'estudiants que hi ha a les aules de les facultats de Medicina. Vaig interessar-me per aquesta qüestió i la meua sorpresa va ser quan els mateixos estudiants em van dir que a ells aquestes dades no els sorprenien, la qual cosa em va fer pensar que era un gran desconexor del comportament dels nostres estudiants fora de l'aula.

Segurament les causes d'aquest comportament no són fàcils d'establir i és una resposta conductual a molts factors que se'ns escapen de



les mans, i també que cada estudiant és un món, però sí que ens han de fer reflexionar, als que participen en la seva formació, sobre alguns fets que afecten els nostres estudiants de Medicina.

És evident que la majoria d'estudiants que omplen les aules de Medicina de tot Espanya ja estan sotmesos a un fort estrès competitiu abans d'entrar a la universitat. Un bon nombre dels futurs estudiants

de Medicina, per poder superar el llindar d'11,6 que marca l'entrada a Medicina, fan un gran sobreesforç durant el batxiller.

Després d'unes curtes vacances de dos mesos, entren de nou en una nova cursa, competitiva, on es perllongarà aquest sobreesforç durant sis anys, com a mínim.

La competitivitat per assolir un bon expedient per obtenir un bon número al MIR i uns plans d'estudis

extremadament carregats de continguts teòrics fan que els estudiants de Medicina facin grans esforços per anar superant els cursos acadèmics amb bones qualificacions. És evident que alguns estudiants necessiten alliberar-se, ocasionalment, d'aquesta pressió, i ho fan mitjançant un consum de risc de l'alcohol, altres drogues o buscant el suport de tranquil·litzants. En canvi, aquest comportament es va modificant quan l'estudiant ha assolit una plaça de MIR i desenvolupa la seva activitat com a metge, fet que ens ha de tranquil·litzar.

D'altra banda, els estudiants de Medicina estan habituats a tenir una elevada autoestima personal, ja que durant anys han estat els

millors alumnes dels centres on han realitzat el batxillerat. Aquest fet, de retruc, els crea una forta pressió del seu entorn familiar i amics, en què la por i el pànic a un possible fracàs és un dels factors que els pressiona emocionalment. La seva realitat serà que a partir de primer curs els estudiants comparteixen espai i temps amb 120 companys que també han estat els millors als seus centres.

De cop i volta es troben en un nou escenari on tot els seus companys són molt bons i el seu esperit competitiu els reclama més esforç. Això, en un jove de 18-24, té un efecte de desgast i esgotament emocional superior al que tenen altres joves de la mateixa edat, i segurament és el que fa que tinguin un major risc

de patir trastorns mentals (ansiós i depressiu). A més, s'ha de tenir en compte que un percentatge d'estudiants de Medicina escullen aquest estudi per pressions familiars o pel simple fet que han obtingut una bona nota a la Selectivitat. Fet que ens ha permès detectar últimament un major nombre d'estudiants que fan uns estudis que no els agraden. I tot això afegeix un xic més de pressió i irresponsabilitat a l'estudiant.

Referent a aquest estudi, alguns analistes indiquem que un altre factor que podria influir-hi és la insatisfacció pel model formatiu, basat en un aprenentatge fonamentalment teòric. En relació amb aquest fet, cal destacar que l'estudiant de Medicina és, majoritàriament, molt vocacional i que suposa que durant la seva formació estarà molt en contacte amb pacients, fer de metge. Però la realitat és una altra, i passa la major part de la seva formació tancat a l'aula i a la sala d'estudi, intentant memoritzar, en l'època digital, infinitat de conceptes als quals pot accedir d'una forma precisa en uns segons. Això causa un cert desencís i una insatisfacció general el tipus de docència que rep.

És evident que totes aquestes dades ens han de fer reflexionar a tots, i en especial als que participem en la seva formació, per establir models formatius que entusiasmin més als nostres estudiants de medicina i, també, als pares, perquè preguin consciència de com la seva pressió sobre els fills de vegades pot ser contraproduent.

**Dr. Joan Ribera**

Facultat de Medicina. UdL

## És habitual preguntar als nostres estudiants què fan

Pretendre saber què fan, què pensen, com es comporten, com són els joves acostuma a ser objecte habitual de molts estudis. De tots els àmbits, grups i col·lectius on els joves hi són representats, el medi universitari hi té cert atractiu. Els joves estudiants universitaris presenten unes característiques quant a hàbits de comportament diferents de la resta de joves no universitaris? Podem encara afinar més les nostres sospites: els estudiants relacionats amb Ciències de la Salut, presentaran unes característiques pel que fa als seus comportaments

*Alguns estudiants necessiten alliberar-se, ocasionalment, de la pressió mitjançant un consum de risc d'alcohol i altres drogues*



diferents (millors) que la resta?

Les implicacions són importants. Podríem començar suposant que un jove que s'ha marcat com a objectiu guarir, cuidar i protegir els altres ha de presentar unes actituds i conductes molt relacionades amb la salut i el benestar. I si no és així? Caldria, en aquest no desitjable cas, pensar en algunes serioses intervencions. Difícilment podem transmetre allò que no és inherent a nosaltres. Caldria encara pensar en una segona possibilitat. I si els joves que s'embarquen en la llarga aventura de l'estudi de la salut ho fan precisament per "guarir-se" o trobar la millor manera de resoldre els diferents problemes que presenten? Això seria especialment determinant en estudis relacionats amb la psicologia o la psiquiatria. També en els estudis recents de nutrició i dietètica seria legítim formular una hipòtesi sobre això.

No és estrany, doncs, que diverses iniciatives es proposin estudiar els estudiants, i amb més deteniment, aquests que algun dia ens estudiaran a nosaltres. Els de Ciències de la Salut són el punt de mira perfecte.

Des de la Fundació Galatea s'han plantejat fer una mirada al tema. Cal dir que en el primer moment de crear les bases metodològiques de l'estudi es va tenir en compte l'experiència prèvia que teníem a la Facultat de Medicina de Lleida. Tenim costum de preguntar de manera habitual als nostres estudiants què fan. No hem deixat de fer-ho.

Segons la lectura dels resultats de l'estudi d'aquesta Fundació, els estudiants de Medicina no destaquen precisament ni pels seus abusos ni per les seves perversitats. Cal tenir en compte, però, que el mateix període formatiu ofereix un temps i uns continguts que afavoreixen el canvi tant d'actituds com de conductes. És interessant, per exemple, la nostra iniciativa d'una assignatura específica en drogodependències, en què es treballa de manera intensa la dependència del tabac, on els alumnes, a més de rebre la formació teòrica corresponent, assisteixen presencialment a la consulta de tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria, on poden aprendre una correcta estratègia terapèutica, tant per a ells com per als seus futurs pacients. Podem explicar com cada any són diversos els futurs metges i metgesses que aprofiten aquesta experiència per deixar el tabac ells mateixos. Segons la nostra experi-

## Sovint l'aplicació de programes de salut en el món universitari només és qüestió de creativitat i originalitat

ència, fuma el 8,9% dels estudiants de Medicina (el 16% dels de Nutrició i el 8,8% dels de Biomedicina). Els estudiants de Dret de la nostra universitat fumen tabac el 15,5%.

Segons conclou l'estudi de la Fundació Galatea, els consumidors d'alcohol de risc és elevat, amb un nombre significatiu d'ingestes compulsives de cap de setmana. Aquesta també és una conducta molt habitual en la resta de joves no universitaris. Caldria pensar en un factor més cultural i social que no es dona en el cas de la dependència del tabac. Beure alcohol sempre s'ha considerat una conducta relacionada amb l'esbarjo i la festa, i d'això els estudiants (de qualsevol disciplina) en saben i ho busquen també com a manera d'evasió, de distracció i de complement de tot (per la feina, per l'avorriment, per la diversió, pel fracàs, pel cansament, etc.). A tall d'anècdota, ens podem fixar en determinats reclams que podem trobar dins les mateixes facultats, també la de Medicina, i que fan referència a l'oferta de consumicions d'alcohol a baix preu, a festes i concursos. També en convocatòries pseudocientífiques que pretenen demostrar com la cervesa podria ser considerada, fins i tot, un miraculós remei de salut. No oblidem esmentar "botifarrades", festes majors universitàries, etc.

Correspondria a les autoritats universitàries aprofitar aquest temps i aquest espai per fer-ne també prevenció? Seria molt exagerat incloure els joves universitaris dins dinàmiques informatives adreçades a reduir el consum d'alcohol? Caldria la promoció dins la universitat de conductes alternatives al consum de begudes alcohòliques? Caldria reduir la promoció i facilitació del consum d'alcohol en festes pròpies de la universitat? Segurament faria falta un debat sobre tot això.

El consum de derivats cannàbics és similar a la resta d'estudiants no universitaris. El cannàbis segueix representant una substància d'experimentació que, atesos els seus importants efectes distorsionadors, afecta el rendiment dels estudis.

El consum de psicofàrmacs ha estat des de fa temps considerat

important entre els estudiants de tot tipus, especialment en Ciències de la Salut. Potser per allò de l'automedicació i del pretès domini de la farmacologia pels aprenents "de bruixot".

Una altra conclusió de l'estudi és l'elevat distrés emocional, així com el risc de patir trastorns psicopatològics, especialment en les dones. Possiblement aquesta és la informació que més hauria de permetre repensar el tema de la salut en els estudiants de Medicina. Per experiència pròpia, és significativa la important situació que es presenta en alguns (algunes) alumnes quan es troben davant del que possiblement és la seva primera frustració: un suspens, una ruptura, una decepció. Els i les alumnes de Ciències de la Salut acostumen a ser brillants en els seus currículums i en les seves exigències acadèmiques. Es tracta de joves que han hagut de demostrar el que saben i superar complicades proves prèvies basades en una intel·ligència bàsicament matemàtica i lògica. En cap moment s'han avaluat altres característiques més relacionades amb les actituds, les emocions i els sentiments. Tothom que estudia Medicina és apte per acollir, escoltar, atendre, acompanyar i empatitzar? Son necessàries aquestes característiques per a l'exercici de la professió? Quan les aprendran, els joves estudiants? Durant la carrera? Després de la carrera?

I si abans d'admetre els estudiants de Medicina, o de Psicologia, o d'Infermeria o de qualsevol altre grau relacionat amb la salut féssim una entrevista i un estudi precisament sobre aquestes característiques?

La salut dels joves ens implica a tots. Són molts els estudis que apareixen i que apareixeran. Una altra cosa ben diferent són les poques iniciatives, campanyes i activitats que, tenint en compte aquests estudis, es proposen minimitzar i reduir els problemes detectats. Sovint l'aplicació de programes de salut en el món universitari només és qüestió de creativitat i d'originalitat.

**Dr. Francesc Abella Pons**  
Psicòleg



Un grup de pacients practicant activitat física sota la direcció dels professionals

## UNA EXPERIÈNCIA ÚNICA AL SUD D'EUROPA

# Prescriure exercici físic saludable, individualitzat i amb seguiment: Programa Caminem

**M**ens sana in corpore sano. Així comença l'article "Experiència: esport a casa" publicat en aquesta mateixa revista pel Dr. Soler l'any 2005. El Dr. Soler feia cinc cèntims del projecte-programa *Caminem. Descobrim Lleida-Camina i fes salut*, que dissenyaren conjuntament l'Ajuntament de Lleida, l'Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya (INEFC) i l'Institut Català de la Salut (ICS) amb l'objectiu d'atorgar d'eines als professionals sanitaris per a la promoció de l'activitat física i la prescripció d'exercici físic saludable.

Al llarg dels últims anys la promoció d'activitat física, exercici físic i esport a Atenció Primària a casa nostra ha anat augmentat sensiblement, com es pot observar en l'augment de presentacions en congressos i seminaris, memòries anuals de l'ICS o el CatSalut, o en revistes divulgatives. Aquest mateix BUTLLETÍ en mostrarà una experiència recent a Artesa de Segre (vegeu el número 89).

Malgrat que l'ús del moviment amb finalitats terapèutiques o preventives

Iniciativa d'un grup de professionals d'AP amb la participació d'un expert en activitat física

El programa contempla la participació dels pacients durant 12 mesos

no és recent (Hipòcrates i Plató a l'actual Grècia, Avicenna a Pèrsia o l'espanyol Cristóbal Méndez ja recomanaven fer exercici físic en les seves èpoques), tampoc s'ha arribat a implantar com una opció habitual per afrontar les patologies cròniques no transmissibles més prevalents als països occidentals, com les dolences cardiovasculars, diabetis tipus II, obesitat, hipertensió...

moltes d'aquestes lligades estretament amb una manca d'activitat física habitual, és a dir, sedentarisme.

El Programa Caminem pretenia que els professionals sanitaris poguessin promoure activitat física i prescriure exercici físic d'una manera senzilla i fluida tenint en compte les barreres que manifesten tenir per a la seva promoció (Puig-Ribera i cols., 2005), similars a les d'altres països. Tot i la forta empenta amb què començà la seva implementació, la realitat fou que la intervenció es diluï sense obtenir resultats.

L'any 2009 es recuperà l'esperit del Caminem i les ganes d'un grup de professionals d'Atenció Primària per reprendre el programa, però aquest cop l'èmfasi se centrà en la prescripció d'exercici físic més enllà de la simple promoció d'activitat física. La inclusió a l'equip de treball d'un expert en exercici físic llicenciat en Ciències de l'Activitat física i l'Esport (LCAFIE) afavorí uns protocols de treball que inclogueren la derivació dels pacients participants, la prescripció individualitzada d'exercici físic, el seguiment de l'evolució i una donada d'alta del programa per a aquells participants que completaren 12 mesos d'intervenció. Aquest treball esdevingué en una tesi doctoral europea, que avaluà aspectes externs de la intervenció com l'abast que tingué en la població diana, l'adopció del programa per part dels professionals sanitaris, la implementació del programa tal com estava dissenyada i el manteniment a llarg termini.

**En què consistia la intervenció amb el Programa Caminem?**

L'eix central de la intervenció fou el treball interdisciplinari entre els pro-  
»



professionals d'AP i de l'exercici físic, que durant la intervenció tingué una dedicació de deu hores setmanals per desenvolupar el programa a una consulta als mateixos CAP. Es decidí que la intervenció dels professionals fos de poca intensitat, ja que així no havien de dedicar més temps de l'habitual a les seves visites amb els pacients.

Als pacients participants se'ls lliurava una prescripció d'exercici físic aeròbic harmònic continu a intensitat moderada en la forma de caminar. Les indicacions es basaven en els resultats publicats per Planas i cols. (2010) i la decisió final arribava d'un acord entre els participants i el professional d'exercici físic.

Els efectes de l'exercici físic es valoraren mitjançant paràmetres de salut clínica: índex de massa corporal, perímetre abdominal, tensió arterial, freqüència cardíaca en repòs, perfil lipídic, glicèmia i hemoglobina glicada (en diabètics); percepció de qualitat de vida mitjançant l'SF-12v2 i una pregunta senzilla, i demanda assistencial als EAP: nombre de visites per mes a l'EAP. L'aplicabilitat del programa s'avaluà seguint les dimensions proposades pel model RE-AIM (Reach - Atènyer, Efficacy/Effectiveness - Eficàcia o Efectivitat, Adoption - Adopció, Implementation - Implementació, Maintenance - Manteniment).

#### Resultats de la intervenció mitjançant el Programa Caminem

Va tenir efectes positius per a la salut dels pacients participants?

Els pacients amb patologies cròniques controlades, a criteri de l'EAP, podien entrar a participar al programa. Pacients amb diabetis tipus II, hipertensió, sobrepès i/o obesitat, afeccions respiratòries i problemes de l'aparell locomotor, entre d'altres, participaren al programa sense que esdevingués cap episodi contradictori arran de la prescripció d'exercici físic individualitzat.

Els participants que compliren el programa almenys sis mesos mostraren millores en la seva percepció de qualitat de vida i benestar, significativament superiors als que abandonaren abans. Els participants més actius també demanaren menys recursos d'Atenció Primària, perquè assistiren menys que els pacients que abandonaren o es mostraren inactius sis mesos després d'acabar amb la intervenció.

És aplicable aquesta metodologia de treball?

La intervenció amb el Programa Caminem arribà a la població diana amb un 1,49%. Tenint en compte la poca intensitat de la intervenció, aquest percentatge és similar al d'altres programes d'arreu i es considerà satisfactori.

L'adopció per part dels professionals sanitaris, per contra, fou baixa. Tot i que un 40% dels professionals col·laboraren almenys un cop en la derivació de pacients, la periodicitat en les derivacions fou molt baixa i tan sols 10 professionals derivaren més de 10 pacients al llarg dels 18 mesos d'intervenció.

La implementació del programa es valorà amb l'adherència dels participants, entesa aquesta com el manteniment en el programa sense abandonar, l'assistència a les visites concertades de seguiment i el compliment correcte de les prescripcions d'exercici físic. En el moment de tall de la recollida de dades, un de cada tres participants es mantingué 6 mesos amb el Programa Caminem i un de cada quatre completà 12 mesos de participació.

En relació amb el manteniment de l'estat de salut i exercici físic, val a dir que tots els participants que estigueren 12 mesos amb el Caminem continuaren fent activitat física 6 mesos després d'haver acabat, i que aquells que, malgrat haver abandonat abans dels 12 mesos eren físicament actius, mostraren uns resultats més positius en valors objectius i subjectius relacionats amb la salut.

S'ha de tenir en compte que la intervenció es portà a terme amb una mostra relativament petita i els resultats d'aquesta investigació s'han d'analitzar sota una òptica local on el context hi té molt a veure. També és veritat que moltes intervencions en salut pública són fortament dependents del context en què s'apliquen i el que funciona allà no té perquè funcionar aquí.

Aquesta intervenció fou pionera pel fet que per primera vegada s'analitzà

objectivament la participació d'un professional de l'exercici físic treballant braç a braç amb els professionals d'Atenció Primària, tot seguint la normativa vigent i establint uns protocols d'actuació senzills, individualitzats i objectius per al seguiment dels pacients i per a la comunicació interprofessional.

Un aspecte que cal tenir en compte és la inversió econòmica per a l'aplicació del programa. Tot i que la intervenció fou pragmàtica, hi hagué la col·laboració externa d'un professional d'exercici físic que treballà 10 hores setmanals per cobrir les àrees d'influència de dos CAP, sumant-hi 49.184 pacients (dades de l'any 2010). Una jornada completa equivaldria a cobrir la població d'una ciutat com Lleida. La decisió s'hauria de prendre valorant el cost-efectivitat d'aquesta intervenció i tenint en compte paràmetres com la demanda sanitària i la pressió assistencial, l'ús de fàrmacs i d'altres serveis sanitaris. O potser establint lligams amb recursos existents sempre que els professionals que treballen el fitness o les activitats esportives tinguin coneixements específics en exercici físic i salut.

#### El futur de la prescripció d'exercici físic en AP

Els professionals de l'exercici físic no som professionals sanitaris, perquè la col·laboració amb metges d'Atenció Primària, pediatres, infermeres ... s'ha d'establir tenint en compte la normativa vigent (sobretot en relació amb la protecció de dades), però no es poden deixar en segon terme la professionalitat i l'especificitat en el treball



Participants en el Programa Caminem

La nostra proposta fou tan sols una manera de treballar, però és un bon punt de partida

Aquest tipus de tractament té més de 2.000 anys de vida i està de moda al segle XXI

de prescripció d'exercici físic, perquè l'objectiu no és nedar més ràpid, saltar més alt o encertar més dianes, sinó quelcom més important: la salut de les persones.

El Programa Caminem dona eines per a la promoció d'activitat física i la prescripció d'exercici físic i pot ser utilitzat per al desenvolupament d'altres estratègies que vagin pel mateix camí, com les indicades per l'Estratègia NAOS, el Pla A+D, el Programa PAAS o el PAFES. Els projectes, però, si no es porten a terme manquen d'utilitat. La nostra proposta fou tan sols una manera de treballar, i cal millorar-la. Cal adaptar-la a cada context i a cada equip de treball, però pensem que és un molt bon punt de partida per objectivar un tipus de tractament que té

més de 2.000 anys i està de moda en aquest segle XXI.

**Sebastià Mas Alòs**  
 Doctor europeu en Activitat Física i Esports  
 Màster en Prescripció d'Exercici Físic per a la Salut  
 Màster en Esport Sostenible i Benestar  
 Llicenciat en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport

1 Les definicions més acceptades d'aquests termes es poden trobar a la Guia PEFS de la Generalitat de Catalunya.

#### BIBLIOGRAFIA

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2007). Guia de prescripció de l'exercici físic per a la salut (PEFS). Vallbona Calbó C, Roure Cuspiner E, Violan Fors M (eds.). Obtingut de <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guia-xe2007.pdf>

Mas Alòs S. Exercise on Prescription and Exercise Planning in Primary Health-care Settings. An Approach by the 'Let's Walk Programme' (Programa CAMINEM). 2012. Tesi doctoral europea, Universitat de Lleida, Lleida. Obtingut de <http://hdl.handle.net/10803/83907>

Planas A, Peirau X, Pujol J, Farreny D. Validació d'itineraris urbans per a la prescripció d'exercici físic. Apunts. Educació Física i Esports. 2010; 100, 12-20.

Puig-Ribera A, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. European Journal of Public Health. 2005; 15 (6), 569-575. doi: 10.1093/eurpub/cki045

Soler J. Experiència: esport a casa. Butlletí Mèdic. 2005 (març): 9.



Una de les sortides a la canalització del riu Segre a Lleida



# Tentativas autolíticas atendidas en el servicio de Urgencias de un hospital general

El método más empleado fue la sobreingesta medicamentosa exclusivamente en un 63% y fármacos más alcohol en un 20%

El término *suicidio* proviene del latín y significa “matarse a sí mismo”. La Organización Mundial de la Salud lo define como “acto letal deliberado, que representa el deseo de morir siendo la muerte un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y social”. Es importante distinguirlo de los accidentes de causas indeterminadas y de los también conocidos como “suicidios crónicos”. Supone la complicación más grave de la patología mental y, por eso, es necesario realizar una gradación de las intenciones suicidas.

Dentro de la conducta suicida, englobamos las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. El intento de suicidio es un acto con intención suicida no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado realizándose la autolesión. El suicidio frustrado ocurre cuando un agente imprevisible impide la consumación del mismo. La ideación suicida consiste en un conjunto de pensamientos sobre el cese de la propia vida ante estrés intolerable y suele aparecer al menos dos semanas previas al gesto. Y, por último, existe la autolesión, que es inflingirse daño corporal sin intención suicida obedeciendo a impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos.

Históricamente, el suicidio se ha considerado una “mala forma de morir”. Inicialmente estaba permitido por cuestiones de honor y estas muertes eran investidas por un halo trágico e incluso heroico. En Roma y en Atenas se formaron tribunales para autorizar o desautorizar el suicidio una vez escuchadas las razones de los candidatos. Empieza a seguirse la tradición de Platón, que considera el suicidio una agresión contra la sociedad, al mismo tiempo que lo reconoce como resulta-

do de un trastorno mental. La cultura cristiana desde el siglo IV se opone activamente al suicidio, al igual que el judaísmo, el budismo, el hinduismo y el islamismo. Estas religiones mantuvieron una actitud controvertida en relación con los suicidios consumados en la Guerra Santa. En la Baja Edad Media se empiezan a identificar situaciones eximentes, como el hecho de ser niño o enfermo mental. En el Renacimiento se reconoce como una salida desesperada. Y ya en el siglo XVIII de la Ilustración, momento en el que se debate entre religión y razón, se populariza el término *suicidio* disminuyendo la condena social y adoptando una actitud más compasiva. Desde la Revolución Francesa deja de penalizarse como hecho criminal. En la actualidad, el suicidio no es punible, aunque sí constituye delito la instigación o el auxilio al suicida con penas en ocasiones equiparables a las del homicidio voluntario, tal y como recoge el artículo 143 del Código Penal. Del mismo modo, y considerando los factores legales que rodean al suicidio, hay que recordar que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil regula los internamientos involuntarios con fines terapéuticos ante un riesgo suicida elevado.

Paralelamente a la ley, el debate moral fue disminuyendo gracias a la concepción de la enfermedad mental y la teoría psicológica, ya que en 1790 el 98% de los suicidas fueron considerados lunáticos. Para Esquirol, durante el acto suicida siempre había un estado mental alterado, aunque podía ser únicamente el producto de una breve sobrecarga emocional y no ser siempre patológico. Pierre de Boismont, por el contrario, refiere en 1856 que el “suicida es un desdichado y un loco”.



Por último, en 1897 Durkheim, en su obra *Le Suicide*, explica que no son los individuos quienes se suicidan, sino la sociedad la que se suicida a través de ciertos miembros suyos.

Atendiendo a la epidemiología, sabemos que es una de las causas de muerte prematura disminuyendo los años de vida. En EE. UU., se dan 30.000 suicidios/año y 600.000 tentativas de autólisis/año y es la octava causa de muerte en este país. En España se estima una incidencia de 7 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes al año y en Cataluña 8 suicidios consumados por cada 100.000. El suicidio se da más frecuentemente en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria y en el este de Europa. La incidencia es menor en España, Italia, Irlanda, Egipto y los Países Bajos. Históricamente, el lugar más empleado es el puente Golden Gate de San Francisco, donde se han descrito 800 casos desde 1937.

Entre los factores de riesgo, encontramos que el género masculino presenta una proporción de 4 a 1 para el suicidio consumado y en el caso de la mujer, una proporción de 4 a 1 para la tentativa de autólisis. Existe un mayor riesgo para ancianos, más aún si coincide con falta de autonomía o dolor crónico, personas sin pareja, aislamiento social o falta de ocupación. Cabe destacar que el 95% de los suicidas son personas con patología mental de base, sobre todo diagnosticados de depresión (la depresión delirante es la de máximo riesgo) en un 80%, coincidiendo fundamentalmente con el inicio de la clínica y/o el alta hospitalaria, esquizofrenia el 10% (más en el subtipo paranoide y esquizoafectivo) y el 5% *delirium*. El enolismo crónico también es un factor de riesgo, ya que se estima que un 15% de los alcohólicos se suicidan. Los Trastornos de la Personalidad (TP) predisponen al trastorno depresivo o al consumo de tóxicos y dificultan la integración social y el afrontamiento del conflicto. Se suicidan el 5% de los TP antisocial y el 15% de los trastornos límite de la personalidad.

La conducta suicida previa es el mejor indicador de riesgo elevado y el riesgo máximo de segundo intento se produce durante los tres meses siguientes. Es preciso considerar también la impulsividad, la rescatabilidad, la premeditación, el daño somático. La intencionalidad es directamente proporcional a la sintomatología depresiva.

A nivel etiológico, los estudios biológicos evidencian niveles de concentración de serotonina bajos en líquido cefalorraquídeo de tronco encefálico o en la corteza frontal. Se constata que el 5% de los suicidas tienen antecedentes familiares, y este porcentaje se incrementa hasta el 20% en el caso de los adolescentes.

A nivel asistencial, los intentos de sui- »



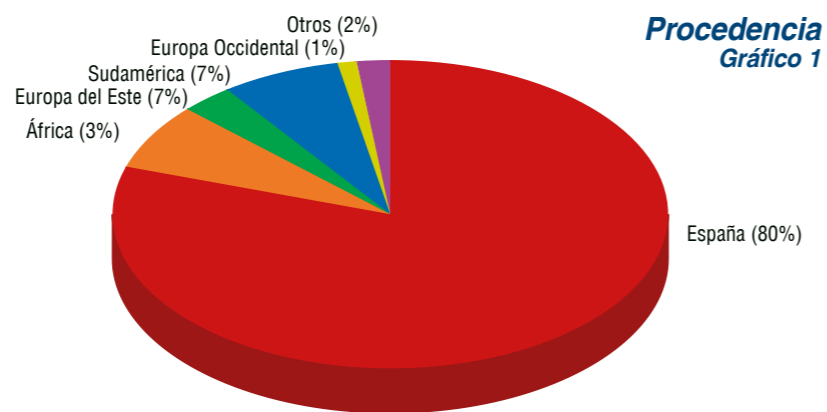
El suicidio requieren una valoración urgente inicialmente en un servicio de urgencias de un hospital general y, posteriormente, según el estado clínico y la valoración postpsiquiátrica. El psiquiatra decide la derivación bien sea al domicilio, con seguimiento en el CAP, o al Centro de Salud Mental, o bien cursa el ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, según la gravedad clínica y psicopatológica del intento. En cualquier caso, es importante instaurar un tratamiento psicofarmacológico rápido y efectivo, porque se ha demostrado que muchos de los suicidas presentan dosis infraterapéuticas de antidepresivos.

En caso de depresión con síntomas psicóticos hay que destacar la posibilidad de combinar antidepresivos y antipsicóticos aprovechando la acción sedante de estos últimos fármacos. En caso de trastorno bipolar o depresión resistente, debe tenerse en cuenta que las sales de litio han demostrado que reducen el riesgo de suicidio, aunque una retirada rápida aumenta la conducta suicida. En el caso de los trastornos psicóticos, la clozapina ha demostrado reducir las tentativas de suicidio al mismo tiempo que otros antipsicóticos depot mejoran el cumplimiento y evitan la posibilidad de sobreingesta medicamentosa.

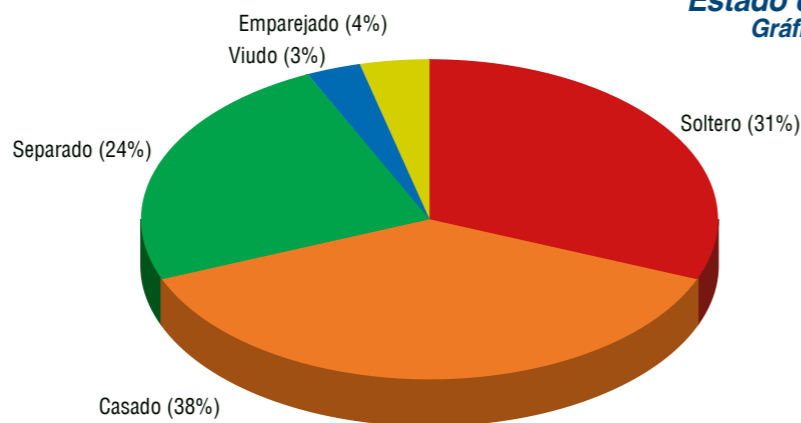
El equipo de Interconsulta del Servicio de Psiquiatría al que pertenezco ha realizado un estudio descriptivo sobre las tentativas autolíticas que llegaron a urgencias de un hospital general en el período entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2011. El objetivo era conocer las características de dicha población valorada por este servicio. Con este motivo se creó una base de datos que recogía variables tales como la nacionalidad, la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación, la reincidencia, los antecedentes psiquiátricos, la derivación al alta, el método empleado en la tentativa y su gravedad somática.

El resultado fue que se realizaron 179 interconsultas durante el periodo observado. Según las variables demográficas, encontramos que el 67% eran mujeres, el 80% eran de nacionalidad española y el 20% eran extranjeros (Gráfico 1). El 84% eran adultos, el 8% menores de edad y el otro 8% ancianos. Según el estado civil, el 42% tenían pareja, el 31% eran solteros, el 24% estaban separados y el 3% viudos (Gráfico 2). Atendiendo a la ocupación, el 33% no presentaban actividad laboral, el 27% tenían empleo, el 13% eran estudiantes y el 8% estaban jubilados (Gráfico 3). Según las variables clínicas, se observó una reincidencia de tentativas en el 49% de los casos.

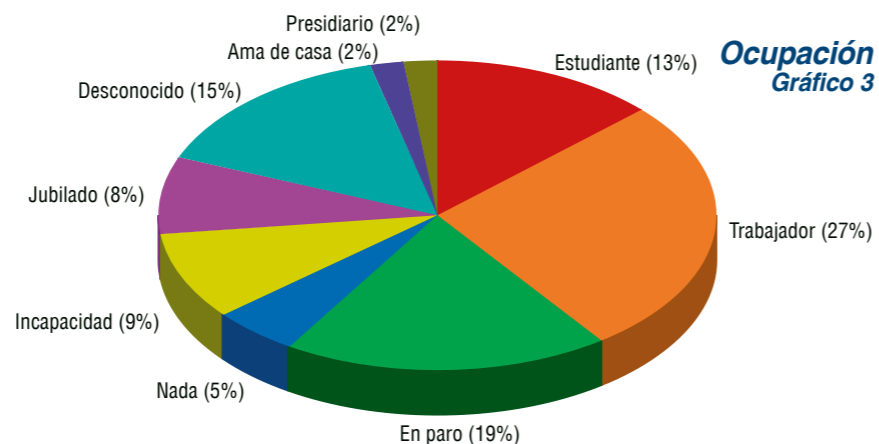
El 81% de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos, que se distribuían en clínica afectiva mayoritariamente, seguida de neurótica, psicótica, trastornos de la personalidad y con-



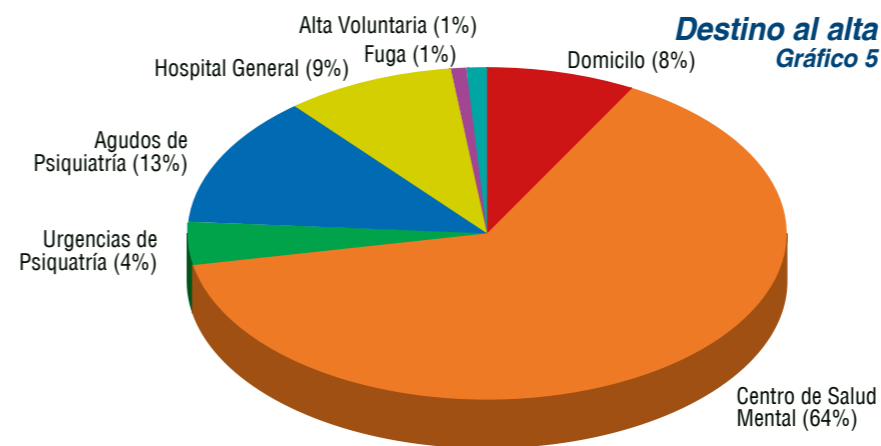
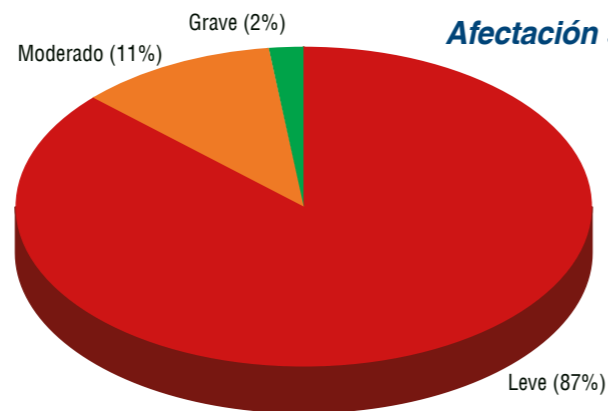
Estado civil (Gráfico 2)



Ocupación (Gráfico 3)



Afectación somática (Gráfico 4)



sumo abusivo de tóxicos. El método más empleado fue la sobreingesta medicamentosa exclusivamente en un 63% y fármacos más alcohol en un 20%. La afectación somática fue leve en el 87% de los casos y precisaron estabilización clínica y observación de 24 horas en el servicio de Urgencias del hospital general. El 9% presentaron gravedad somática moderada y requirieron observación de 24 a 48 horas. Finalmente, el 2% presentaron gravedad elevada e ingresaron en planta de hospitalización, fundamentalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos o en la Unidad de Corta Estancia de Medicina Interna. Una vez visitados por el

equipo de Interconsulta de Psiquiatría, el 64% se derivaron al Centro de Salud Mental (CSM) y el 13% precisaron ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Santa Maria (Gráfico 5).

Las conclusiones fueron que existe una proporción triplicada en la población femenina, como ya indica la literatura. Se da una reincidencia en la mitad de los casos y existe la presencia de patología mental como antecedente a destacar. Los suicidas principalmente emplean fármacos exclusivamente o en combinación con alcohol. El 60% no presentaban actividad laboral o académica muy representativa de la situ-

ación económica actual. Y la gravedad somática leve, que no precisó hospitalización, denota patrones de elevada impulsividad y leve premeditación con alta posibilidad de rescate. Se confirma que la valoración in situ por parte de Psiquiatría en un hospital general evita derivaciones innecesarias y sólo son tributarios de ingreso el 13%, mientras que el Centro de Salud Mental asume el 64% y no se psiquiatrizan el 8%.

Las tentativas autolíticas constituyen un motivo frecuente de atención urgente en un hospital general. Protocolizar un correcto abordaje multidisciplinar permite una atención adecuada, una correcta estabilización médica y poder ofrecer, en los casos indicados, atención psiquiátrica integrada en la red de salud mental.

**Dra. María Irigoyen Otiñano**  
MIR 3º Psiquiatría HUAV/HSM

**BIBLIOGRAFÍA**


- Kaplan&Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Ed.10ª.
- Psiquiatría en Atención Primaria. José Luis Vázquez-Barquero. Ed. 2ª.
- Tratado de Psiquiatría. Julio Vallejo Ruiloba. Ed. 2ª.
- Urgencias de Psiquiatría. Basant K. Puri. Introducción a la Psicopatología. Iñaki Eguiluz.

**FERRERUELA**  
CUINA DE LA TERRA

**Horari Restaurant**  
De dimecres a dissabte: migdies i vespres  
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com





Els moments de necessitat s'han de compartir  
Mutual Mèdica té cura de la seva previsió social (invalidesa, jubilació, alternativa a autònoms...). La mutualitat dels metges l'ajuda a estalviar perquè en el futur pugui mantenir el nivell d'ingressos de la seva vida en actiu. Vostè centri's en la seva professió, la medicina.



**MutualMèdica**

la mutualitat dels metges