REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 21 - NÚMERO 1 - 2006

Iniciada l'any 1798 amb el llibre «Memorias de la Academia Médico Práctica de la ciudad de Barcelona»

continuadora directa de:

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona (1915-1931)
Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona (1932-1935)
Anales de Medicina y Cirugia (1945-1982)
Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona (1986-1993)

Any 92, volum 81, núm. 325

REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 21 - NÚMERO 1 - 2006

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA

President:	Jacint Corbella i Corbella
Vicepresident:	Josep Traserra i Parareda
Secretari General:	Ramon Trias Rubies
Vicesecretari:	Antoni Tejedo i Mateu
Secretari d'Actes:	Manuel Camps Surroca
Tresorer:	Josep M. Massons i Esplugas
Bibliotecari:	Francesc Solé i Balcells
Arxiver:	Joan Uriach i Marsal
Vocal:	Guillem López i Casasnovas
Vocal:	Francesc Domènech i Torné
President d'Honor:	Moisès Broggi i Vallès

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

Director:	Màrius Foz i Sala
Redactor en Cap:	Ferran Nonell i Gregori
Coordinador Editorial:	Antoni Tejedo i Mateu

EDITA: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Carrer del Carme, 47. 08001 Barcelona
Telèfon: 93.317.16.86 • Fax: 93.412.05.98 • e-mail: secretaria@ramc.cat
Imprimeix: Pulso Ediciones
Rambla del Celler 117-119 . 08190 Sant Cugat del Vallés

Dipòsit legal: B-3338-86 • ISSN: 1133-32866 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI VOL. 21 Núm. 1 GENER-ABRIL 2006

EDITORIAL 7

SESSIÓ INAUGURAL DEL CURS ACADÈMIC 2006

Lliçó inaugural: La Vida. *Francesc Climent* 9

Parlament del President 13

COL·LOQUI: HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

Alternatives a l'hospitalització convencional. L'hospitalització a domicili. *Màrius Foz* 15

Hospitalització a domicili. Generalitats i característiques. *Celestino Rey-Joly* 17

Organització i funcionament de la unitat d'hospitalització a domicili de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona. *Alfons Cuxart* 19

Maneig de les malalties infeccioses. *Oriol Estrada* 21

Tractament de la malatia respiratòria crònica (MRC) aguditzada en la unitat d'hospitalització a domicili. *Glòria Bonet* 23

Hospitalització a domicili en malalts operats de pròtesi total de genoll. *Cristina Riera* 26

EL RACÓ DE LA HISTÒRIA

Notes sobre l'organització de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona en el segle XVIII.
Els tipus de socis. *Jacint Corbella* 28

VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 3. Informe del president al ple de 14 de març de 2006 30
El Centenari de l'Hospital Clínic i la Nova Facultat de Medicina 31
XIV Congrés d'Història de la Medicina Catalana 31

Memòria de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Any 2005 32
Premis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya 36
Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya 37
L'Arxiu Iconogràfic Històric de la Sanitat Catalana 'Gaspar Sentiñón' 40

EDITORIAL

Ara comença una nova etapa de la revista, en aquest cas amb continuïtat. La vida de la revista ja és llarga, des del seu inici, el 1915, estem a l'any 92, amb períodes més actius i altres de silenci i bàsicament diferenciats en tres etapes. La primera és de 1915 a 1935, són els Annals de l'Acadèmia, primer en castellà i a partir de 1932 en català. El seu primer motor va ser el doctor Valentí Carulla i Margenat en la seva etapa de president de l'Acadèmia. La catalanització va venir el 1932, en temps de la República, i amb la presidència del doctor August Pi-Sunyer. La publicació va ser tallada per la guerra. Amb un llarg eclipsi a la postguerra.

La segona etapa, també amb un nom semblant, els *"Anales de Medicina y Cirugía"* va tenir continuïtat de 1945 a 1982. Aquest any 1982 les dificultats econòmiques van fer que la revista hagués d'aturar-se i es va deixar de publicar. No es va poder reprendre fins al cap de quatre anys, i per raons editorials calgué modificar-ne el títol.

Aleshores comença la tercera etapa, amb el nom de *"Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona"*, que després va passar a ser *"de Catalunya"*. La va dirigir amb un gran encert el doctor Francisco García Valdecasas. Més tard, portada pel doctor Màrius Foz, va ser editada per Doyma, en format propi de revistes de més difusió internacional, i així s'ha mantingut fins ara, amb un nivell de presentació excel·lent. Ara ens cal fer un nou canvi editorial, motivat exclusivament per raons pressupostàries i es fa càrrec de la publicació *"Pulso Ediciones"*, amb llarga experiència en aquest camp, gràcies a les gestions fetes pel doctor Francesc Solé Balcells, el nostre bibliotecari i responsable de la pàgina web. Aquesta vinculació doble fa que també ens sigui més fàcil passar a un altre nivell, la publicació en format digital, que pugui ser consultada a la nostra pàgina web.

Passa a ser doncs una revista d'accés lliure en el portal de l'Acadèmia. La pot consultar directament tothom qui vulgui fer-ho, entrant a la pàgina web de l'Acadèmia: www.ramc.cat. Per altra banda les edicions anteriors ja han començat a ser indexades en format digital i seran també de lliure accés per medi de raco.cat, com ja hi estan integrades prop d'un centenar de revistes catalanes. Raco significa revistes catalanes d'accés obert. Amb això l'Acadèmia s'adapta al corrent de facilitar el lliure accés als nostres fons i als treballs que publiquem. La pàgina web, i insistirem en el tema en altres ocasions, ha de ser un dels medis de comunicació lliure de l'Acadèmia amb tothom qui vulgui tenir accés al que estem fent. De moment podem dir que ja estan també a lliure disposició tots els discursos d'ingrés d'acadèmics des de finals del segle XIX en que es van exigir i imprimir.

Com a fi d'aquest comentari hem d'agrair, de manera institucional, a Doyma l'ajut que ens ha donat durant bastants anys, havent contribuït a la dignificació de la nostra revista i a donar-li una presentació de primer nivell.

També hem de recollir en aquesta nota editorial que té per punt central la pròpia revista, el dol ben recent que ens ha colpit amb la mort del doctor Antoni Tejedo i Mateu, lligat molt directament a les tasques de la revista, com a coordinador editorial. Juntament amb els doctors Màrius Foz, director, i Ferran Nonell, redactor en cap, estaven en el triangle de la capçalera de la publicació. En els últims anys ha estat un dels col·laboradors més assidus de les tasques del dia a dia de l'Acadèmia, com a vice-secretari. No és ara el moment de fer-ne la necrològica, però si de remarcar com trobarem a faltar l'acadèmic i l'amic.

Aquest número recull un punt candent de l'assistència sanitària que no sol estar a la primera línia del pensament ni dels metges ni dels malalts ni de les famílies, i que va essent cada vegada més important. Fins ara els malalts estan o bé a casa seva o en una institució, que pot rebre el nom genèric d'hospital (hospital, clínica, sanatori, etc). El tipus d'assistència és diferent. En la patologia aguda, per exemple per epidèmies gripals, tot i el seu risc, sovint de durada curta, si no apareixen complicacions el malalt ho sol passar a casa. Si cal una atenció més complexa es tendeix amb una certa facilitat a la hospitalització. Aquesta no sol ser massa llarga, i entre els indicadors de l'activitat hospitalària, sovint lligat a la qualitat, s'hi compta la mitjana d'estada. Això ha estat una preocupació sobretot de directors mèdics i gerents. Però ha calgut *"inventar"* una nova figura, la del metge (i l'equip assistencial) que donant una assistència de qualitat hospitalària, és a dir amb més mitjans tècnics, mèdics i d'infermeria, permet tenir el malalt situat a casa seva. Per això cal també una molt bona col·laboració familiar. El tema comença, però pot tenir una gran importància social. Aquí transcrivim els textos rebuts del col·loqui que es va fer a l'Acadèmia, portat pels doctors Màrius Foz i Celestino Rey-Joly, amb intervenció de metges amb prou experiència de l'Hospital Germans Trias de Badalona. Aquest tema de la *"Hospitalització a Domicili"*, serà probablement un dels que es desenvoluparan en els propers anys tant en el camp de la medicina hospitalària com en el de la visió de l'organització sanitària.

Alternatives a l'hospitalització convencional: l'hospitalització a domicili.

Sessió Inaugural del Curs Acadèmic 2006

Lliçó inaugural

LA VIDA

Francesc Climent i Montoliu
Acadèmic numerari

Excel·lentíssim senyor president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, excel·lentíssimes autoritats, il·lustríssims amics i companys acadèmics, senyores i senyors.

Algú va dir «La vida no està feta per a entendre-la sinó per a viure-la». No hi estic d'acord, sinó què hi faríem vostès i jo aquí?

No obstant, avui crec totalment en el què deia Plató «que la filosofia és una meditació sobre la mort i que la veritable saviesa d'un home està en la meditació sobre la vida».

Per això em permeto felicitar-los, i felicitar-me, per estar reunits avui aquí, per a explicar què és la vida.

La vida no és una impressió fortuïta de tipus mental (amb independència que la ment sigui una propietat neuronal com a instrument de percepció i deducció), sinó que *la Vida* és una conseqüència purament científica (de reaccions físico-químiques).

Podríem definir que *la vida és una dimensió*, formada a partir d'un conjunt de passos que han anat sorgint com a resultat d'una evolució, primer material (àtoms, molècules, univers) i després de tipus darwinià o biològica (polímers, cèl·lules).

La vida individual és una petita ramificació de l'evolució biològica. Els éssers vivents són ramificacions de l'evolució.

Eliminant tota classe de conjectures, de tipus no demostrable i per tant no científiques, passem a tractar aquests passos o propietats que han conduït, des de la pròpia evolució de la matèria, fins arribar a l'ésser viu, i d'aquest a l'home, la funció més desenvolupada del qual és el raonament.

Amb el seu permís ho faré des d'un punt de vista de divulgació científica, explicant-ho de la manera més amena possible, però estrictament rigorosa.

L'ÀTOM

Parlem una mica de l'àtom, no tant com a unitat de matèria dels elements químics, sinó pel que signifiquen els seus constituents, les denominades partícules elementals, bàsiques per a comprendre l'evolució de l'univers. Igualment són importants com a entitat que, per medi dels enllaços atòmics, donen origen a les molècules.

Per a pretendre parlar de l'àtom, o de l'Univers és, no solament necessari sinó imprescindible recolzar-se en dues columnes fonamentals, que són la Física Quàntica i la Teoria de la Relativitat General.

Un principi bàsic, de la correcta interpretació del qual se'n dedueixen conclusions fonamentals, és el *Principi d'incertesa de Heisenberg* (premi Nobel de Física, un dels físics més grans de tots els temps, amb qui vaig treballar a Alemanya, amb el sincrotó DESY). Aquest principi d'incertesa, explicat molt succintament, postula que no és possible detectar la posició exacta de qualsevol partícula (ona-corpuscle) que estigui animada per una determinada velocitat (s'entén que es tracta de velocitats molt altes, properes a la de la llum), o a l'inrevés, és impossible conèixer quina velocitat té una determinada partícula en una posició concreta.

Cal fer l'aclariment que no es tracta d'una incapacitat de tipus tècnic, per insuficiència dels medis instrumentals de que disposem per a fixar posicions o mesurar velocitats, sinó que és el propi Univers el qui està governat per aquesta incertesa.

Si bé les conclusions que es deriven d'aquest principi són extraordinàries, sobretot pel que fa al coneixement de les partícules elementals, els quarks i els leptons, aquestes són fonamentals per a comprendre el cosmos i la seva expansió (no oblidem que estan en l'origen de la formació dels àtoms, les molècules, les cèl·lules, etc).

Pel que fa a l'àtom se sap que consisteix en un sistema en equilibri energètic (forces de tipus electromagnètic), entre el seu nucli i un volum extranuclear d'electrons situats energèticament seguint diferents nivells quàntics.

La utilització dels grans acceleradors de partícules ha permès conèixer no solament les partícules que formen el nucli atòmic, sinó també l'existència de partícules virtuals, veritables transformadores de forces (els bosons), que són les diferents forces dels nuclis

atòmics que permeten l'existència de les que es denominen partícules elementals.
En conclusió, l'àtom, o sigui la matèria, consta de dos tipus de partícules elementals: els quarks i els leptons.

L'UNIVERS

Ara estem en condicions de parlar sobre l'Univers i la raó és que no hi ha temps sense Univers, ni tampoc a l'inrevés. I que la vida té quatre variables físiques fonamentals, que són: l'energia, l'espai, el temps i la matèria. Recordem l'equació bàsica d'Einstein: $E=mc^2$; energia = f (matèria) (espai temps) . El temps (t), pot ser cronològic (o absolut), imposat per l'home i biològic (o relatiu), imposat per l'evolució (Teoria de la relativitat).
Per altra banda molècules orgàniques, trobades en meteorits, aporten dades noves sobre l'origen de la vida (aquestes molècules, denominades fulerens, tenen de 100 fins a 400 àtoms).
Concretant, la nostra Galàxia (Via Làctia), pertany al sistema solar que té quatre planetes sòlids, de roca (La Terra, Mercuri, Venus i Mart), amb òrbites circulars. Els altres plantes (Júpiter, Saturn. Urà, Neptú), són gegants i gasosos, amb òrbites igualment circulars que no es creuen mai entre elles. Hi ha a més Plutó.
L'inici de l'Univers va ser amb la gran explosió (Big Bang) i es va produir a una temperatura d'uns 10^{33} ºC (comparem amb la del centre del sol que és d'uns 10^9 ºC, fa aproximadament uns 15.000 milions d'anys i l'Univers, des d'aleshores, s'ha anat expandint i refredant, fins a l'actualitat, en que té un volum aproximat d'uns 1,2 x 10^{70} quilòmetres cúbics (Km^3).
Durant la seva expansió l'Univers ha anat passant per una sèrie de canvis bruscs en el seu estat físic, denominats transicions de fase (molt semblants conceptualment, tot i que en una altra escala, als canvis de fase de la matèria, com són la liquació, solidificació, semiconducció, superconducció, etc.). La transició a la Gran Unificació de totes les forces devia passar cap els 10^{-36} segons, quan el volum de l'Univers devia ser com el d'una taronja. A partir d'aquí sabem el que va passar després, però no el que havia succeït abans.
Degué haver-hi, existir, un altre tipus d'evolució. Es tracta d'una hipòtesi personal que els hi ofereixo en ocasió d'aquesta conferència. Recordem que l'energia no es crea ni es destrueix, només es transforma. Degué haver-hi diverses manifestacions, o sigui evolucions. Una és la que està passant ara, i una ramificació n'és la Vida.
Seguint la dimensió del temps, després de la Gran Unificació l'Univers entra en una etapa d'inflació (als 10^{-12} segons i amb un volum que ja és d'unes 10^{-15} vegades el tamany actual, li segueix a continuació una era de formació de protons, neutrons i altres hadrons (a uns 10^{-5} segons. Posteriorment s'arriba al final de la nucleosíntesi (als 10^2 segons) i a partir d'aquí l'Univers es fa transparent (origen de la radiació de fons de microones fins als 3.10^5 anys), les primeres galàxies i quasars (als 1.000 milions d'anys) i així fins arribar a l'Univers actual (aproximadament als 15.000 milions d'anys)
Aquestes dades, i altres, sobre l'evolució de l'Univers són el resultat de mesures nombroses, complexes i precises, que s'han obtingut mitjançant els telescopis més moderns, alguns situats per fora del l'atmosfera de la Terra, com són l'Explorador del Fons Còsmic (COBE) o el Telescopi Espaial Hubble, que detecten radiacions, en especial les de llum procedent de galàxies que estan a mils de milions d'anys llum de nosaltres.
Una altra conseqüència molt important que es dedueix és que la gravetat de l'Univers, a mesura que es va envellint, va incrementant les fluctuacions de la densitat, primer a partir de les partícules elementals, després amb la formació dels elements químics lleugers, fins a formar definitivament galàxies, cúmuls galàctics, supercúmuls, amb la qual cosa l'Univers modern està ja molt lluny d'aquella uniformitat que tenia en el seu començament. La gravetat és una ramificació de l'evolució materialista.
Els elements lleugers més pesants que l'hidrogen (deuteri, heli, liti) es van crear en el primitiu Univers, quan aquest era dens i calent, per medi de reaccions termonuclears, per la qual cosa en realitat podem dir que aleshores tot l'Univers devia ser una gran reacció termonuclear.
Els àtoms neutres que es van formar originaren núvols de gasos que van acabar formant estrelles. A partir d'elles, i aproximadament a una cinquena part del seu tamany actual, van formar grups de galàxies joves. Posteriorment, i quan el seu tamany va arribar aproximadament a la meitat del que és ara, les reaccions de tipus nuclear, en el interior d'estrelles, van originar la formació de la major part dels elements químics pesants, que són els que van constituir els planetes *(per exemple la Terra),* com són carboni, oxigen, calci, ferro, i altres de que estan formats principalment els *éssers vivents.*
El carboni (element bàsic de la matèria viva) es va formar per reaccions nuclears de fusió de l'heli, amb nuclis d'oxigen, i ambdós elements són els que es fabriquen amb més abundància a les estrelles.
No hi ha dubte que la *gravetat* ha donat forma a les estrelles i planetes i que juntament amb l'altra força fonamental, l'*electromagnètica,* van construir en elles les *molècules de la vida.*
La interpretació de totes les dades que s'han anat obtenint, de manera continuada, demostra que l'Univers actual ha donat a la Vida, tal com la coneixem, moltes oportunitats per a desenvolupar-se. Hem de tenir en compte que, només de la part que podem observar, s'ha calculat que hi ha 10^{19} estrelles semblants al Sol, (Hi ha més de 100.000 milions d'estrelles a la nostra galàxia, i aproximadament 100.000 milions de galàxies a l'Univers).
Se sap que la força de la gravetat sorgeix com a conseqüència de la corbatura de l'espai-temps en presència de la matèria, i per això cal quantificar-la segons la seva equivalència, i quantificar també l'espai i el temps (la gravitació s'entén com el conjunt de les manifestacions d'aquesta corbatura). No hem d'oblidar l'Equació d'Einstein sobre l'Energia i la Teoria de la Relativitat.

PARLEM DE MOLÈCULES

Inicialment convé fer algunes consideracions sobre les configuracions electròniques. Primera: els electrons de valència ocupen els nivells més externs en els àtoms. Aquests electrons són extraordinàriament importants, perquè participen en els enllaços entre àtoms, en els agregats atòmics i moleculars. A més moltes de les propietats físiques i químiques de la matèria tenen la seva explicació en els electrons de valència.

Els diferents tipus de molècules són conseqüència de la manera d'enllaçar-se els àtoms entre ells. Com a conseqüència dels diferents enllaços atòmics, tenim una gran varietat de formes de les molècules, que és fascinant. Hi ha molècules allargades, arrodonides, algunes són planes, mentre que no són infreqüents les que formen anells i fins i tot n'hi ha d'helicoïdals. Una de les molècules helicoïdals més complexes, entre les que s'han estudiat, és la de l'ADN (àcid desoxirribonucleic).

Els Polímers. Comencem per la part darwiniana o biològica de l'evolució. Les proteïnes, els àcids nucleics, les fustes, el cautxú, la llana, la seda, etc. són exemples de polímers.

Les molècules dels polímers són del tipus de les que es denominen orgàniques, és a dir compostes de carboni i hidrogen bàsicament, units per enllaços covalents. Hi ha diferents tipus d'enllaços del carboni:

- senzill, CH_4, metà, que és saturat
- doble $H_2C = CH_2$, C_2H_4, etilè
- triple, $HC \equiv CH$, C_2H_2, acetilè, són insaturats.

Els polímers estan formats per cadenes llargues, amb un gran nombre de molècules, que es poden doblar, plegar, agafar formes corbes. Moltes de les característiques i propietats importants dels polímers són degudes a aquesta complexitat molecular.

No podem oblidar una dada important: és que el 99 % de la massa total dels organismes vivents la formen, com no podia ser d'altra manera, el carboni, l'hidrogen i l'oxigen, elements que estan entre els més abundants i fàcils d'interaccionar químicament entre ells quan es va formar la primera cèl·lula.

Els àcids nucleics i altres macromolècules són constituents de les cèl·lules, sense oblidar la transformació de molècules inorgàniques en molècules de la vida (evolució materialista a evolució darwiniana o biològica).

LA CÈL·LULA

Continuem amb l'evolució biològica, amb la cèl·lula. La cèl·lula és la unitat de la vida. El cos humà té més d'un bilió de cèl·lules. Aquesta, molt resumidament, està formada per la membrana (parets de lípids i proteïnes) i el citoplasma (substracte fluid contenint tots els orgànuls de la cèl·lula). Els més importants són el nucli i les mitocòndries que transformen els nutrients en ATP (energia, trifosfat d'adenina). Els organismes vivents creen i mantenen la seva ordenació essencial, a partir del seu entorn, al que transformen, fent-lo cada vegada més desordenat i caòtic. En particular la cèl·lula és termodinàmicament un *«no equilibri»*, és a dir es comporta com pràcticament adiabàtica irreversible, el que implica que en la seva evolució haurà de tenir sempre un increment positiu de la seva entropia. El mateix passa amb els materials (metalls i aliatges, ceràmiques i compostos), es degraden, corrouen, però no passen a l'evolució biològica, perquè tota evolució implica un increment de l'entropia.

La composició de les bases de les molècules de l'ADN: A, G, C, T (adenina, guanina, citosina, timina) està relacionada amb l'origen dels éssers vivents, o sigui que la composició, en bases, de l'ADN varia d'una a altra espècie. Es pot dir que, de veritat, la composició en bases dels respectius ADNs podria utilitzar-se per a classificar tots els organismes.

En el procés de *l'evolució química que porta a la vida* es poden considerar tres etapes. Durant la primera és possible que alguns tipus de molècules orgàniques (mers) es vagin acumulant en el mar primitiu degut a la seva formació fàcil i a la seva estabilitat elevada. La segona etapa de l'evolució química consistiria en que un grup específic de molècules orgàniques tindrien més facilitat per a subsistir en forma de conglomerat o complex com, per exemple, els organismes vivents.

A la tercera etapa de l'evolució química alguns d'aquests agrupaments més complexos de molècules orgàniques poden adquirir una *«funció»*, com és l'activitat catalítica, o la capacitat de resistir els canvis del seu entorn o de modificar-lo, i després van «aprendre» a autoreplicar-se mitjançant la formació d'algun patró primitiu. Els éssers vivents, a diferència dels altres materials (metalls i aliatges, ceràmiques i compostos), sí que poden passar a l'evolució materialista, amb la mort.

Durant el transcurs de l'evolució biològica, i com a resultat de canvis, induïts de manera física o química, en la seqüència de bases del genoma, la formació de mutants no letals va fer possible la selecció d'aquells organismes més capaços per a sobreviure en les condicions de vida per a ells contemporànies.

Però el fet més sorprenent de tots els aconteixements interrelacionats, que ha portat fins els increïblement complicats organismes complexes que avui coneixem, planteja la següent qüestió: Com alguns compostos orgànics s'han convertit en un sistema autoorganitzat i autoreplicant?. La resposta és que les lleis de la Química i de la Física no prohibeixen l'autoorganització de la matèria.

Analitzem el cas de les macromolècules orgàniques, els polímers, que estan formats per la unió d'unitats moleculars simples, els mers.

Els mers són catalitzadors apropiats que, de segur, han existit en determinats llocs de la terra, en el passat, i amb altres variables

físiques, de temperatura i pressió, les quals, amb el temps adequat, han originat, com a conseqüència, els polímers originals tan significatius com els àcids nucleics (ADN, ARN. etc).

Les forces d'enllaç permeten que aquestes macromolècules es girin, rotin, es pleguin, etc. en les tres dimensions de l'espai.

El pas següent, després de la formació dels àcids nucleics i d'altres tipus de grans molècules, ha consistit en la formació de la cèl·lula, la unitat química de la vida.

A partir d'aquí serà ja només pura evolució biològica, on les característiques dinàmiques de les cèl·lules es limiten a complir una sèrie de processos com són la replicació, la transcripció, la traducció i la recombinació de gens (les unitats moleculars de la informació). Recordem les bases de l'ADN: adenina, guanina, citosina, timina i que un gen és l'ordre en que podem trobar les quatre bases esmentades.

L'*«atzar»* ho va fer tot amb la selecció natural com a filtre únic, però aquest *«atzar»* mai opera en el buit sinó d'acord amb les lleis físiques, en les que està inclosa la vida.

Així podem concloure que tota evolució és continuada. Cada ésser, vivent o no, ha evolucionat. Uns, els éssers vivents, encara continuem la nostra evolució en el temps i l'espai. Els altres no evolucionen més, tenint en compte que l'energia, que és l'evolució continuada, pot transformar-se, però mai es pot crear ni destruir.

Acabem dient que els éssers vivents consisteixen en la transcripció d'un llenguatge, de quatre lletres o bases dels àcids nucleics, a un llenguatge de vint lletres o bases que contenen les proteïnes. Un gen ancestral ha evolucionat de forma successiva cap a diferents espècies dels éssers vius i la representació màxima la tenim en el genoma humà. Amb tot i això no podem perdre de vista que el 99 % de gens són idèntics i compleixen, en cada individu, la mateixa funció, i només l'1 % restant és específic i aporta trets diferenciats en la diversitat d'espècies que han existit, i existeixen encara, per la diversitat de les mutacions.

No podem oblidar que les Ciències Físiques han estat i són fonamentals en el desenvolupament de totes les altres ciències. El fet està en que la Física, mare de totes les ciències, i gresol de la pròpia raó pura, analitza i intenta comprendre els misteris de la naturalesa i per tant de la vida mateixa, que és la parcel·la vinculada intrínsecament als propis principis que regeixen l'Univers.

Acabem dient, com ja s'ha apuntat abans, que l'Univers havia donat a la vida, tal com la coneixem ara, possibilitats molt àmplies per a desenvolupar-se. Això enllaça amb la meva teoria de les evolucions successives, en una de les quals hem tingut l'oportunitat d'existir, ja ho va dir Einstein.

Moltes gràcies.

PARLAMENT DEL PRESIDENT

Benvolguts acadèmics, autoritats i amics. Toca començar un altre any, el que serà el 237 de la vida de l'Acadèmia, que ha tingut numèricament poques interrupcions. És doncs una peça més dins d'una cadena llarga en la que la característica més visible és la continuïtat. Això relativitza el valor del nostre temps. Avui fem un pas més en un camí molt llarg.

En primer lloc he d'agraïr-los que estiguin aquí, ens hagin acompanyat en aquesta lliçó inaugural. Després he de donar les gràcies al secretari general per l'acurada exposició del que es va fer l'any passat. Ens ha explicat, en el conjunt dels fets, les baixes, molt doloroses, dels amics traspassats. Aquestes memòries són un element important a l'hora de confegir la història de l'Acadèmia.. Després al doctor Francesc Climent pel seu discurs. El tema no era pas senzill, i el doctor Climent ens ha explicat les seves idees, amb la noció de més d'una evolució, la material i la biològica, que té el seu encant. També als participants i guanyadors en el concurs de premis de l'Acadèmia.

Al president li pertoca explicar, breument però de manera prou indicativa, no tant el que s'ha fet sinó les línies per on voldríem orientar el futur que es recolzen evidentment en el que hem anat fent i les seves conseqüències.

Durant bastants anys el tema recurrent d'aquesta introducció anyal han estat les obres de reparació i de rehabilitació de l'edifici. Un edifici com aquest necessita sempre les reparacions i remodelacions, però en el que s'ha estat fent fins ara podem considerar que és una etapa a punt de tancar, si més no en el sentit de ser la prioritat de l'Acadèmia. Hi havia un compromís del ministeri de Foment, des de l'any 1999 en que ja hi hagué un acord inicial, que ens va permetre embrancar-nos en una llarga línia d'obres. La subvenció era certament important i no s'ha materialitzat fins ara. El dia 20 de desembre vàrem signar el conveni a la seu del ministeri, a Madrid, i ja fa alguns dies s'ha confirmat l'ingrés de la subvenció. El que ha passat és que els diners, en pessetes, de 1999, no tenen el mateix significat que els diners, en euros, del 2006. I el que era suficient ara ja ha quedat curt. Ens permet respirar però no ens arriba del tot. De tota manera el deute era gran i ara serà petit. Però en comptes de poder pagar totes les coses caldrà prioritzar les partides, i si cal discutir-ne algunes.

En tot cas les obres són l'orientació passada. Ja ho vaig apuntar en aquest mateix lloc ara fa un any. Continuaran en part perquè ja tenim una subvenció nova, petita, de la Caixa. La tasca d'una Acadèmia de Medicina no és pas fer obres, per això no caldria que hi fos.

Ara hem de poder reposar d'obres i anar més pels llibres i la biblioteca; la pàgina web i la revista digital, i descansar un temps del ciment i la seva pols, que ha paralitzat bastant la vida de l'Acadèmia. També cal dir que no tot ha estat ben fet del tot, ni ben acabat, i alguna instal·lació que estava més o menys útil, com l'espai de biblioteca de dalt de tot, si més no bastant net i que era útil i ara està malmès.

La nostra feina principal, en la mesura que siguem capaços, ha d'estar en l'àmbit de la ciència, de la sanitat, de la cultura, si es vol l'opinió.

Un dels signes d'aquest interès cultural és la cura de la biblioteca, i la nostra és particularment important. Cal dir que les obres han estat un entrebanc molt gran, d'una banda perquè han alentit qualsevol projecte i han absorbit molta energia. També per la considerable pèrdua d'espai: llocs, habitacles, que es dedicaven a llibres, han passat a tenir altres funcions, potser menys importants. I molts llibres dels que hi havia han quedat desordenats, m'atreviria dir desclassificats. Això per un president, que abans ha estat bibliotecari, no és pas cap motiu de joia. Ara ens caldrà refer molt del camí perdut, per exemple rebre el donatiu esplèndid que el doctor Juli de Nadal ens fa de la biblioteca del doctor Robert. O situar en el lloc que correspon la documentació que ens va arribar pertanyent al llegat d'August Pi-Sunyer i el seu fill Cèsar, que ens ha vingut per donació del conjunt de la família. Bé, aquesta serà una de les línies més importants d'actuació aquest any: refer-nos del *«desastre ecològic»* i recuperar el temps perdut. El progrés de la tècnica ens hi ajuda, tot i que no sempre surten les coses bé a la primera.

Algunes coses ja s'han fet: la recollida iconogràfica, en aquest any que coincideix amb un Congrés d'Història de la Medicina Catalana, ha estat important i esperem tenir a la nostra web, a disposició per tant dels estudiosos, ja ara més de tres-centes, i potser el doble durant l'any, fotografies de metges, institucions i altres aspectes sanitaris de Catalunya.

La segona prioritat doncs és la nostra pàgina web, i la continuïtat de la revista de l'Acadèmia, que ens representa un esforç econòmic però que val la pena. Encara ahir recordava amb el doctor Broggi, el temps en que no hi havia diners suficients ni per pagar el correu, per enviar convocatòries.

Un altre punt sobre el que cal informar és la decisió de cobrir totes les places vacants. El nombre de places d'acadèmics numeraris és de 60, la xifra més alta entre totes les Acadèmies de Medicina de l'estat. Avui tenim 51 acadèmics numeraris i 9 vacants. Cal dir però

que ja hi ha quatre nous acadèmics electes: el doctor M.A. Nalda, per una plaça d'anestèsia, que té previst l'ingrés el dia 26 de febrer; el doctor Josep A. Bombí, de la secció primera, amb ingrés previst el 14 de maig; el doctor Miquel Vilardell, de la secció de medicina i el doctor Josep Carreras, de bioquímica, amb ingrés previst, els dos, a la segona meitat de l'any. Altres quatre places ja estan convocades. Dues, una per a cirurgia i l'altra per farmacologia estan en curs d'elecció i la fase inicial de propostes ja està feta. Altres dues reservades a la secció segona de medicina, ja estan convocades, i quedarà només una última vacant, encara per a decidir.

En el camp dels acadèmics d'honor voldria recordar el fet excepcional que en el mateix any, aquest 2005 passat, haguem pogut rebre com a Acadèmics d'Honor a les dues personalitats, masculina i femenina, amb més reconeixement científic mundial avui en el camp de la medicina. Són el doctor James Watson, el mes de maig, autor del treball fonamental sobre l'estructura de la doble hèlix; i la doctora Rita Levi Montalcini, ara amb 96 anys, també premi Nobel de medicina pel seu treball sobre els factors de creixement dels teixits. Recordo el moment en que juntament amb el doctor Moisès Broggi, el nostre president d'honor, li vem lliurar el diploma.

I com a última línia, per esmentar ara, tenim en compte que l'Acadèmia és una reserva del coneixement històric de la nostra medicina i participa en totes les activitats que pot fer en aquest sentit. Així ara en la celebració del centenari de la nova facultat de medicina i de l'Hospital Clínic. El trasllat va permetre buidar aquest edifici on estem, tot i que nosaltres vàrem venir un temps més tard. També seguir amb les relacions comarcals, com hem fet aquest any participant en les jornades de Vic i de sant Feliu de Guíxols. Amb l'ajuntament d'aquesta última ciutat hi hem signat un conveni de col·laboració en les tasques del museu de la medicina rural. L'Acadèmia de Medicina vol recollir l'activitat sanitària catalana, principalment en el camp dels acadèmics numeraris i corresponents, i en els actes de més interès històric.

Bé, no cal fer més llarga aquesta exposició d'intencions. Els agraeixo novament la seva assistència i, en nom del president de la Generalitat de Catalunya, declaro obert el curs de l'any 2006 de la nostra Acadèmia.

Jacint Corbella
29 de gener de 2006

Col·loqui: Hospitalització a domicili

ALTERNATIVES A L'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL: L'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

Màrius Foz
Acadèmic numerari

Des de fa segles l'hospital ha ocupat un paper central en l'atenció mèdica. Al llarg del segle XX i de forma progressiva, però amb cronologies diferents d'acord amb el grau de desenvolupament i els tipus de sistemes sanitaris dels diversos països, l'hospital va anar ocupant un paper cada cop més central i decisiu en detriment de l'assistència dels processos mèdics a domicili que a Espanya encara era l'habitual a mitjan del segle XX.

Els progressius avenços científics i tecnològics en el diagnòstic i tractament dels processos mèdics i quirúrgics va anar provocant, en el nostre país, especialment a partir del darrer terç del segle XX, un progressiu hospitalcentrisme de l'assistència sanitària. Resulta evident que una millora de l'eficiència i de la satisfacció de l'usuari hauria de passar per l'obtenció d'una millor interacció i coordinació dels tres nivells de l'assistència sanitària amb un increment global de l'atenció personalitzada de qualitat al pacient.

En els últims decennis s'han anat produint una sèrie de fenòmens que han obligat a replantejar diversos aspectes de l'assistència sanitària, especialment en un sistema de salut universal i gratuït com el nostre. Els canvis més importants que afecten al sistema és l'incessant progrés de la tecnologia diagnòstica i terapèutica que exigeix una molt important despesa econòmica, la millora de les expectatives de vida amb un increment molt notable de la població envellida, amb freqüència afecta de pluripatologies cròniques i disminució de l'autonomia. Aquests fets provoquen un progressiu increment de l'atenció mèdica a nivell hospitalari, mentre que el preu de l'estança diària en un llit hospitalari augmenta progressivament, produint un dels factors d'encariment de les despeses que afecten seriosament l'estabilitat econòmica del sistema. Per altra part la saturació dels serveis d'urgències i la pressió per obtenir l'ingrés en un llit hospitalari, especialment en els mesos d'hivern, provoquen freqüents incomoditats i protestes justificades per part dels malalts i de les seves famílies. Aquests fets tenen una important ressò, especialment tenint en compte que, afortunadament, el model paternalista de la relació metge-malalt s'ha canviat pel d'una relació més horitzontal en la que el malalt té una major participació i responsabilitat en les decisions i també un major grau d'exigència tant en la qualitat de l'assistència mèdica com en el que fa referència a la de l'atenció personalitzada.

En el marc descrit i malgrat els esforços de l'Administració per incrementar els pressupostos dedicats a sanitat, la inevitable limitació de recursos fa necessària l'adaptació de l'assistència hospitalària cap a sistemes més operatius, més integrats amb els altres nivells d'assistència sanitària i per tant, més eficients. Aquestes iniciatives s'han concretat en la posada en marxa en els últims anys de diverses alternatives a l'hospitalització. Aquestes es revisen en un excel·lent article publicat recentment a Medicina Clínica[1]. Les diverses alternatives queden resumides en la taula adjunta.

ALTERNATIVES A L'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL

Unitats d'hospitalització domiciliària
Unitats de diagnòstic ràpid
Consultes d'orientació diagnòstica
Hospitals de dia
Unitats de curta estada
Unitats d'atenció per processos assistencials
Cirurgia major ambulatòria

Aquestes diverses alternatives a l'hospitalització convencional s'han anat posant en marxa de forma progressiva en diferents hospitals catalans en el curs dels últims anys. Totes elles exigeixen un grau molt alt d'organització i coordinació però un cop posades en marxa amb les condicions adequades aconsegueixen un elevat nivell de qualitat assistencial i de satisfacció del pacient, amb un estalvi de recursos i amb una utilització més restringida i adequada dels llits de l'hospital.

En la major part de les alternatives a l'hospitalització convencional (unitats d'hospitalització domiciliària, de diagnòstic ràpid, consultes d'orientació diagnòstica, unitats de curta estada, d'atenció per processos assistencials), l'internista hi té un paper fonamental. Com diuen molt bé els autors del citat article[1] l'internista haurà de tenir a més de la visió integral del pacient (visió global de tots el òrgans i sistemes) una visió integradora del pacient i el seu entorn social. Resulta evident que l'internista és un dels especialistes més preparats per adaptar-se i donar una resposta adequada a les

necessitats canviants del sistema sanitari. Algunes d'aquestes funcions, exercides, per exemple, a les unitats de diagnòstic ràpid i a les consultes d'orientació diagnòstica poden resultar extraordinàriament útils pels pacients, eficients pel sistema i molt útils per coordinar millor els diversos nivells de l'assistència sanitària.

La primera unitat d'hospitalització domiciliària es va posar en marxa l'any 1947 a Nova York, i a partir d'aleshores aquesta modalitat d'assistència es va anar estenent a Estats Units i al Canadà. A Europa aquestes unitats van arribar més tard, de manera que a Espanya la primera unitat es va posar en marxa a Madrid l'any 1981. En la dècada dels 90 aquestes unitats van adquirir creixent importància al País Basc i a la Comunitat Valenciana.

A mitjan dels anys 90 l'hospitalització domiciliària es va començar a posar en marxa a Catalunya. A finals del anys 90 el Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona que jo tenia l'honor de dirigir va començar a estudiar el tema i el professor Celestino Rey-Joly va redactar un important document sobre aquest projecte que vàrem lliurar a l'Administració sanitària.

El procés d'aprovació, finançament i organització de la unitat va ser lent, de tal manera que la Unitat d'Hospitalització a Domicili del nostre Hospital no es va posar en marxa fins al mes de febrer de 2001. La Unitat no s'hagués pogut convertir en realitat sense l'entusiasme i dedicació de diversos professionals que van creure en el projecte, liderats per Alfons Cuxart, un membre del Servei de Medicina Interna, amb la motivació i preparació adequades per dirigir i coordinar la Unitat.

Per a mi és una gran satisfacció personal introduir aquest col·loqui de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya en el que diferents professionals de la Unitat ens exposaran llurs resultats i experiències gairebé cinc anys després de la posada en marxa de la Unitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. *Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna.* Med. Clin. (Barc) 2005; 124: 620-6.

HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI. GENERALITATS I CARACTERÍSTIQUES

Celestino Rey-Joly
Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
Universitat Autònoma de Barcelona
e-mail: creyjoly.germanstrias@gencat.net

Introducció

L'hospitalització de domicili (HaD), com a alternativa a l'hospitalització convencional, és un projecte que va néixer, ja fa uns quants anys, en el sí dels serveis hospitalaris, principalment des dels serveis de Medicina Interna, amb la finalitat de donar una resposta adequada a les demandes de la societat per a millorar l'Estat de Benestar. Aquesta opció es va anar desenvolupant al mateix temps que el coneixement científic i tecnològic de les especialitats mèdiques, i no deixa de banda en cap moment els elements exigits avui per un sistema sanitari eficaç, com són l'eficiència i la qualitat. Igualment permet oferir una resposta adequada pel que fa al diagnòstic i tractament de les malalties que ara són més prevalents.

La primera unitat d'hospitalització a domicili (UHaD) que coneixem va començar a Nova York l'any 1947. A Espanya la unitat capdavantera es va crear l'any 1981 a Madrid, seguida ja a la dècada dels anys 90's per les unitats del País Basc i el País Valencià. A Catalunya els antecedents de l'HaD comencen en el temps en que es va materialitzar el traspàs de les competències sanitàries a la Generalitat de Catalunya. Després d'una fase de reestructuració dels serveis sanitaris i de reordenació dels recursos, el Pla de Salut de Catalunya, 1993-1995 recull la idea de desenvolupar fórmules imaginatives que puguin servir de contrapunt a l'ingrés hospitalari clàssic. Va ser a partir d'aquestes directrius que l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, de Badalona, va començar a gestionar aquesta idea, que finalment ha començat el seu camí gairebé al mateix temps que ho ha fet el segle XXI.

Concepte de l'HaD

L'HaD és un dispositiu assistencial que permet donar al malalt, en el seu propi domicili, el tipus d'assistència mèdica i d'infermeria, en nombre d'actuacions i intensitat equiparables a les atencions que pot rebre en el marc de l'hospitalització convencional. Entesa d'aquesta manera, que és com s'ha d'entendre, la HaD és un servei més, integrat totalment dins de l'Hospital, i que ha de disposar de tota la infraestructura diagnòstica i terapèutica que s'oferta dins de l'Hospital. Així, i per tots els efectes, el malalt que està ingressat en una UHaD és un malalt ingressat a l'Hospital, i és aquest Hospital el responsable de la seva atenció com a malalt i com a persona. L'únic que es modifica és l'espai físic on es dóna aquesta atenció sanitària.

Acceptat aquest marc conceptual considerem que també cal destacar altres formes d'atenció primària que no són activitats pròpies de les UHaD i que no s'han de confondre.

- La HaD no es dedica al seguiment dels malalts crònics. Per això ha hi ha facultatius qualificats en la xarxa d'assistència reformada que té entre els seus objectius, atendre aquest tipus de processos.

- La HaD tampoc està dedicada a l'atenció als malalts terminals, excepte en aquelles situacions imprevistes, que de la mateixa manera que pot passar dins de l'Hospital, i en les que l'evolució ràpida i fatal del procés agut no permet que el malalt sigui derivat cap a un llit hospitalari. En els altres casos, afortunadament a Catalunya els equips d'atenció als malalts terminals (PADES) ja estan ben desenvolupats i permeten, amb un grau important de satisfacció social, el tipus d'atenció que necessiten aquests malalts.

- En base als criteris conceptuals que s'han esmentat l'HaD tampoc és, ni intenta, substituir, el sistema ja establert de consultes ambulatòries.

- Finalment, a tall de resum, en les UHaC no s'atenen malalts que poden ser tributaris de la utilització d'altres recursos del sistema sanitari, p.e. l'hospital de dia, o la cirurgia major ambulatòria.

Característiques de les UHaD

Les UHaD tenen un conjunt de característiques que configuren l'estructura pròpia, i típica, d'aquest tipus d'alternativa assistencial, tot i que algunes són, per definició, semblants a les de l'hospitalització convencional i que s'expressen en aquesta taula:

TAULA
Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHaD)
Característiques

Transitorietat
Diagnòstic Conegut
Estabilitat Clínica
Complexitat
Suport familiar. Comprensió de l'oferta
Voluntarietat
Coordinació

1. Transitorietat. El procés que determina l'ingrés del malalt en una UHaD, igual que passa quan ingressa a l'Hospital, té un començament i un final. S'inicia quan ho exigeix el començament de la malaltia aguda que motiva l'ingrés i acaba amb l'alta, és a dir amb la curació, igual que passa a l'Hospital, o bé quan s'acaba .el procediment que va originar l'estada a l'Hospital i el malalt passa a dependre d'una altra estructura sanitària. També pot ser el cas de mort inesperada del malalt o d'ingrés "físic" a l'Hospital, degut a l'evolució del quadre clínic.

2. Diagnòstic conegut. El coneixement de quina és la malaltia pot ser cert, moltes vegades, però a vegades el diagnòstic és sindròmic, o només se sospita, i des de la UHaD es poden posar en pràctica, o observar, els elements clínics i evolutius, complementaris o terapèutics, que permeten la identificació final del procés patològic. La utilització de tècniques diagnòstiques i terapèutiques d'una certa complexitat exigeixen una perfecta coordinació amb els serveis hospitalaris i a vegades caldrà, fins i tot, el desplaçament del malalt a l'hospital.

3. Estabilitat clínica. És una de les característiques més importants pel bon funcionament de les UHaD, perquè si hi ha una inestabilitat clínica, o una evolució incerta de la malaltia, hi pot haver una situació d'alarma o refús social per a l'ingrés en la UHaD. Per això cal establir, i és el que es fa, uns criteris mèdics d'ingrés, individualitzats, en relació a les evidències clíniques.

4. Complexitat. Com és lògic, igualment que quan s'admet un malalt en un hospital, la malaltia ha de reunir uns criteris suficients de complexitat, suficient per a justificar la implicació de l'Hospital i les seves estructures per a l'atenció del malalt, amb totes les conseqüències que això pot comportar. Si les circumstàncies són diferents el malalt haurà de ser atès, com és el que passa més habitualment, per altres alternatives sanitàries de les que disposa el sistema de salut o, en el cas que fos admès en una UHaD, sense reunir els requeriments de complexitat s'hauria de considerar com un "ingrés inadequat".

5. Suport familiar. Comprensió de l'oferta. Són elements imprescindibles per a l'èxit de les UHaD. La família s'ha d'implicar en la curació del procés agut que afecta al malalt i per això calen com a mínim una certa disponibilitat i una mínima capacitat per a entendre la situació. A més els familiars han de ser conscients que un llit d'hospital és útil, o necessari, per a un altre malalt que necessita l'allitament hospitalari. És a dir, cal acceptar que hi ha una demanda més gran de la utilització dels recursos sanitaris.

6. Voluntarietat. L'ingrés d'un malalt en una UHaD implica l'acceptació voluntària de l'oferta, que per força ha d'estar basada en una acceptació formal, un *"pacte"*, entre el propi malalt i la seva família.

7. Coordinació. Finalment cal remarcar que una bona coordinació també és imprescindible per a l'èxit i bona fi d'aquesta opció d'ingrés hospitalari. Aquesta situació, per ésser ferma, ha de basar-se en una relació fluïda entre les UHaD i els serveis especialitzats dels hospitals, en tant que l'ingrés es consideri actiu, i per tant entre aquella unitat i l'equip sanitari al qual s'haurà de derivar el pacient quan se'l doni d'alta de la UHaD.

Bibliografia relacionada amb la introducció

1. González, VJ, Valdivieso, B, Ruiz, V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc), 2002; 118: 659-64.
2. Colomer, J, González Montalvo, JI, González Ramallo, VJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógic al aumento de demanda de los servicios de salud. En: Del Llano, J, Ortún, V, Martín, JM, Millán, J, Gené, J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; 359-62.
3. Torres Salinas, M; Capdevila Morell, JA; Armario García P. Montull Morer S, grupo de trabajo de los servicios de medicina interna de los hospitales de Catalunya. Alternativas a la hospitalización convencional en Medicina Interna. Med Clin (Barc) 2005; 124: 620-6.
4. Bentur, N. Hospital at home: what is its place in the health system? Health Policy 2001; 55: 71-9.

ORGANITZACIÓ I FUNCIONAMENT DE LA UNITAT D'HOSPITALITZACIO A DOMICILI DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA.

Alfons Cuxart
Unitat d'Hospitalització a Domicili. Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Universitat Autònoma de Barcelona
e-mail: acuxart.germanstrias@gencat.net

La Unitat va iniciar la seva activitat el febrer del 2001. Des de llavors hem atès prop de 3500 malats provinents de gairebé tots els Serveis del nostre hospital. Seguidament s'exposen les característiques d'organització i funcionament de la nostra Unitat,

Àrea d'influència.

La Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHaD) de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona desenvolupa la seva tasca en els municipis de les comarques del Barcelonès Nord i del Maresme Sud: Sant Adrià de Besós, Badalona, Santa Coloma de Gramenet i Montgat, Tiana, Alella, El Masnou i Teià. Es tracta doncs, d'una població d'uns 415.000 habitants.

Horari de cobertura.

L'activitat es realitza les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any mitjançant els recursos propis o bé l'actuació del Servei d'Urgències, segons l'hora de la sol·licitud d'atenció.
Així doncs, de les 8 a les 21 hores la UHaD dóna el servei ordinari i atén les incidències tots els dies de l'any.
El Servei d'Urgències de l'hospital es fa càrrec de les incidències que es produeixen entre les 21 i les 8 hores. En el cas que el malalt hagi de ser visitat en aquesta franja horària, se'l trasllada a l'hospital en ambulància.

Recursos humans

La Unitat du a terme l'activitat pròpia per mitjà de l'actuació dels facultatius especialistes, dels diplomats en infermeria i d'una administrativa.
El cos facultatiu està integrat per dos especialistes en Medicina Interna, una Pneumòloga i una especialista en Rehabilitació.
Un dels internistes té el càrrec de Director del Programa d'Hospitalització a Domicili motiu pel qual es dedica principalment a la selecció dels malalts i a la coordinació de l'activitat.
El supervisor d'infermeria també participa en el procés de selecció avaluant quines son les tasques que haurà de dur a terme la infermeria en el domicili del malalt i coordinant l'activitat pròpia de la infermeria.
Els altres facultatius desenvolupen, conjuntament amb les diplomades en infermeria, les tasques assistencials de la Unitat en el domicili dels malalts.
L'administrativa fa les tasques pròpies del seu càrrec.

Recursos materials

La Unitat disposa de Vehicles propis: 4 cotxes (Seat Ibiza), per desplaçar-se als domicilis.
A l'Hospital la Unitat s'ubica a les dependències de l'ala nord-est de la cinquena planta de l'edifici maternal, allí hi han els despatxos, una sala de reunions i una altra de polivalent per preparar la medicació, explorar o fer les cures als malalts que es desplacen a l'hospital.
La Comunicació entre els membres de la unitat es té per mitjà de telefonia mòbil.

Circuit assistencial

L'itinerari que segueix el malalt que és atès per la Unitat pot ser descrit en tres apartats d'acord amb el moment en que s'esdevé l'actuació. Primer s'exposa la Selecció del malalt després s'explica l'actuació que fa durant l' Estada al domicili i, finalment, s'esmenta el punt final de l'actuació de la Unitat que queda plasmada en l'Alta hospitalària.

Selecció del malalt

El malalt pot procedir de qualsevol Servei hospitalari o, fins i tot de l'Atenció Primària. El metge que n'és responsable i que considera que el malalt pot seguir el seu procés en règim d'hospitalització a domicili avisa al Coordinador de la Unitat (ja sigui per mitjà d'una trucada telefònica o bé per un full d'interconsulta). Aquest fa una primera visita al malalt. S'informa de la història clínica i de la missió que s'encomana a la UHaD. Seguidament es té una entrevista amb el malalt i la família en la que es fa formalment l'oferta assistencial; s'insisteix sobretot en la importància del cuidador i en el mètode de treball. Aquest contacte amb el malalt i la família permet avaluar la situació clínica i la disponibilitat per seguir l'evolució al domicili. Quan això és afirmatiu s'acorda seguir l'evolució del procés en règim d'hospitalització a domicili. Aquest acord es fa palès per mitjà de la signatura d'un document de consentiment.
Posteriorment el Supervisor d'infermeria fa la valoració de les actuacions que haurà de fer la infermera en el domicili.
Finalment el malalt és donat d'alta del servei hospitalari i se'n va a casa seva. A partir d'aquest moment la Unitat és responsable de l'evolució del malalt.

Estada al domicili

La primera visita al domicili del malalt es fa sempre conjuntament pel metge i la infermera. Ambdós fan les tasques que els hi són pròpies i informen al malalt i a la persona que en té cura de la planificació que es seguirà per tal de dur a terme la tasca encomanada, com és ara les visites successives, els controls analítics, els estudis d'imatge i les visites per l'especialista hospitalari en els casos en que s'hagi convingut. En aquesta primera visita es dona molta importància a la valoració de la disponibilitat del cuidador i al fet d'assegurar-se que hi ha una comprensió correcte de la seva funció.
La medicació la proporciona la Unitat a partir del sistema d'unidosi setmanal facilitada per la Farmàcia de l'hospital.
Les extraccions per fer anàlisi de sang es fan en el domicili.
Quan el malalt ha de ser sotmès a una exploració a l'hospital s'organitza el trasllat en el transport sanitari apropiat.
L'evolució del malalt és seguida per mitjà de les visites successives al domicili o bé per mitjà de controls telefònics.
L'activitat no prevista provocada per qualsevol complicació la comunica telefònicament el malalt i la realitzen la Unitat o bé el Servei d'Urgències.

Alta hospitalària

Finalment, quan es considera que al malalt no li cal l'atenció de la Unitat és donat d'alta. Això es fa lliurant-li un informe d'assistència igual que l'informe d'alta hospitalària.
Si es creu necessari s'informa telefònicament al metge o la infermera de l'Atenció Primària.
En els casos en que s'ha decidit el seguiment pel facultatiu especialista del Servei hospitalari de procedència es programen les visites corresponents.
Quan l'evolució del malalt és desfavorable o es produeix una circumstància que ho aconsella, es procedeix al retorn del malalt a l'hospital d'acord amb el servei d'Admissions.

MANEIG DE MALALTIES INFECCIOSES AL DOMICILI. ANTIBIOTICOTERÀPIA PARENTERAL EN UNA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

Oriol Estrada
Unitat d'Hospitalització a Domicili. Servei de Medicina Interna
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.
Universitat Autònoma de Barcelona
e-mail: oestrada.germanstrias@gencat.net

Aspectes generals

El maneig clínic dels malalts amb patologia infecciosa es troba dins del camp d'interès de l'Hospitalització a Domicili (HaD). L'aparició d'una síndrome febril en un malalt ingressat fa sospitar una complicació infecciosa que allargarà l'estada hospitalària i augmentarà el consum de recursos. En molts d'aquests casos caldrà indicar tractament antibiòtic parenteral. La presència d'infecció nosocomial i de gèrmens multiresistents complica encara més el maneig d'aquests malalts hospitalitzats. L'hospitalització a domicili suposa una alternativa per a completar el tractament de molts d'aquests malalts a la seva casa. Els darrers anys s'ha assolit la capacitat tècnica necessària per a completar determinats règims d'antibiòtic per via parenteral al domicili. La limitació de recursos del sistema sanitari ha propiciat la creació de recursos assistencials alternatius com ara l'HaD. A més, els darrers anys, diferents factors han afavorit el desenvolupament del tractament antibiòtic parenteral (TAP) a l'HaD: la creixent demanda assistencial per part d'una població progressivament més vella i amb una alta prevalença de processos crònics (insuficiència cardíaca, malaltia respiratòria crònica); l'existència de dispositius de control a distància (telemedicina, dispositius d'infusió periòdica), l'aparició de nous fàrmacs amb un alt perfil de seguretat (baixa taxa d'efectes indesitjables) i unes propietats farmacocinètiques favorables (major estabilitat un cop preparada la solució per a ser administrats) i la consciència per part del malalt i els seus familiars des avantatges de l'ingrés domiciliari.

Es fonamental efectuar una adequada selecció prèvia del malalt candidat a antibioticoteràpia parenteral al domicili. El pacients admesos han de complir a més dels criteris generals d'ingrés a l'HaD, tot un seguit de criteris específics. S'ha de comptar amb un diagnòstic establert d'infecció (preferentment amb evidència microbiològica). El tractament serà consensuat entre el facultatiu de la unitat d'HaD i el del servei d'origen del malalt. L'elecció de l'antibiòtic per via parenteral s'ha de fonamentar en criteris clínics i microbiològics, tenint en compte el seu perfil de seguretat, la facilitat en el maneig al domicili, el menor número d'administracions diàries possible i un període suficient d'estabilitat de la preparació. Les primeres dosis han d'ésser administrades a l'hospital pe recomprovar la tolerància al fàrmac. Es garantirà la disponibilitat d'un accés venós mentre duri el tractament (en determinats casos es contempla la via intramuscular). Cal preveure les mesures d'aïllament adequades, en cas necessari.

Experiència UHAD Germans Trias en tractament antibiòtic parenteral

Des de la posada en funcionament la UHaD de l'Hospital Germans Trias ha atès 2928 malalts dels quals 265 requerien tractament antibiòtic parenteral al seu domicili. L'edat mitjana dels malalts amb TAP va ésser de 65.7 anys. Per sexes, hi havia 186 homes i 79 dones. En relació al focus infecciós (gràfica 1), les més prevalents van ésser les infeccions respiratòries (25%) (pneumònies, infecció de bronquiectàsies). En segon lloc les infeccions de parts toves i d'origen ósteo-articular (22%). En tercer lloc les infeccions de focus abdominal (19%) (diverticulitis, colecistitis, apendicitis, peritonitis) i les complicacions infeccioses de ferides quirúrgiques. Seguidament les bacterièmies d'origen urinari i sèpsies per catèter (17%). Infeccions oportunistes en pacients inmunodeprimits (6%). Infeccions del sistema nerviós central (5%). La resta de localitzacions van completar el 6 % dels casos tractats. En 170 casos (64%) es va obtenir un aïllament microbiològic. S'han indicat 376 antibiòtics. En 98 casos fent tractament combinat i la resta (164) en monoteràpia. En 10 ocasions (4%) el facultatiu responsable del malalt al domicili va haver de canviar el tractament inicial per manca de resposta clínica i/o efectes secundaris. Els antibiòtics més usats van ser: cefatriaxona (84), gentamicina (32), teicoplanina (25), metronidazol (24), ertapenem (24), cefotaxima (20), imipenem (13), ciprofloxacina (11). La

distribució per grups d'antibiòtics es detalla a la gràfica 2. Pel que fa a la via d'administració: va predominar l'endovenosa. Els sistemes d'infusió per gravetat es van fer servir per administrar 302 fàrmacs (81%). Les bombes d'infusió intravenosa programables es van emprar en 49 tractaments (13%). Els 25 antibiòtics restants (6%) es van administrar per via intramuscular. La durada mitjana del tractament parenteral a HAD va ser de 9.6 dies. L'estada mitjana a la HAD va ser de 11.56 dies. En 241 ocasions (91%) es va finalitzar el tractament antibiòtic al domicili. Els altres 24 casos (9%) van haver de reingressar a un llit d'hospitalització convencional de l'hospital per evolució desfavorable o complicacions de la seva patologia de base. No es van registrar èxitus durant l'ingrés HAD dels pacients amb TAP.

Les dades referides són similars a les publicades per altres grups d' HAD del nostre entorn (taula 1) i confirmen la seguretat i l'eficàcia de l'HAD en malalts amb TAP. Com a línies de treball en el futur cal aprofundir en el coneixement del grau de satisfacció dels malalts i dels seus cuidadors amb aquesta modalitat i a l'anàlisi de costos econòmics comparats amb l'hospitalització convencional.

L'HaD és un recurs eficaç i apropiat en malalts que precisen TAP. El tractament en règim d'HaD permet un estalvi d'estades a l'hospitalització convencional equivalent al número de dies amb tractament parenteral. Un aspecte a tenir en compte de la TAP a domicili és que el maneig adequat de les infeccions nosocomials a la HAD pot afavorir el seu control, tot evitant la seva disseminació intrahospitalària.

Bibliografia recomanada:

1.Tice A, Rehm S, Dalovisio J, Bradley J, Martinelli L, Graham D et al. Practice guidelines for outpatient parenteral antimicrobial therapy. CID 2004; 38: 1651-72.

2. Gilbert D, Dworkin R, Raber S, Leggett J. Outpatient parenteral antimicrobial-drug therapy. NEJM 1997; 337: 829-38.

3. Garde C, Goenaga MA. Tratamiento antibiótico parenteral en el paciente domiciliario. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005; 23: 393-5.

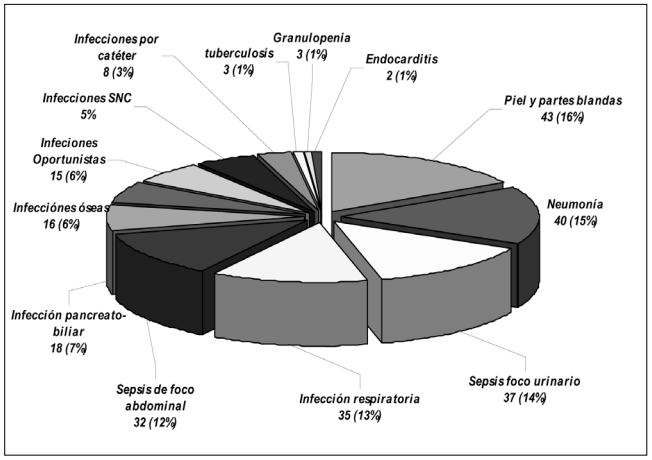
4. Hazas J, Fernandez-Miera MF, Sanpedro I, Fariñas MC, Garcia de la Paz AM, Sanroma P. Antibioticoterapia intravenosa domiciliaria. Enferm Infecc Microbiol Clin 1998; 16: 465-70

5. Goenaga MA, Garde C, Mollet M, Carrera JA. Tratamientos antimicrobianos parenterales en domicilio. Experiencia de 5 años. Rev Clin Esp 2002; 202:142-7.

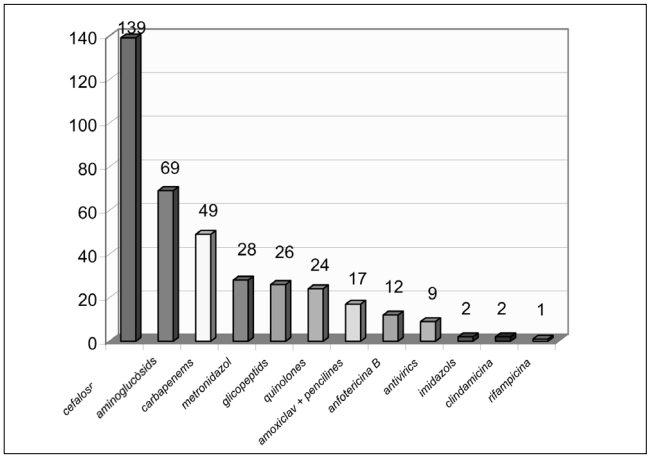
6. Mendoza H, Casas J, Martínez-Martínez C, de la Maza I, Regalado de los Cobos J, Cia JM. Antibioterapia intravenosa en domicilio. Estudio de 515 casos. Enf Infecc Microbiol Clin 2005; 23(7): 396-401.

	H. VITORIA	CS. DONOSTIA	H. GERMANS TRIAS
HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL	1.100 llits	600 llits	613 llits
UHAD (CAPACITAT)	50 places	60 places	30 places
PERÍODE ESTUDIAT	5 anys (1995-1999)	6 anys (1997-2002)	4 anys (2001-2005)
CASOS TRACTATS	325	515	265
AÏLLAMENTS MICROBIOLÒGICS	180 (55,4%)	298 (58%)	170 (64%)
DURADA MITJANA DEL TRACTAMENT	16 dies	7.9 dies	9.6 dies
TRACTAMENTS COMPLETATS	302 (93%)	406 (79%)	241 (91%)
REINGRÉS	19 (6%) *total*	36 (7%) *relacionat* 51(9.9%) *no relacionat*	18 (7%) *relacionat* 31(12%) *no relacionat*
ÈXITUS	3 (1%)	16 (3.1%)	0
REFERÈNCIA	*Rev Clin Esp 2002; 202(3): 142-7*	*Enf Infecc Microbiol Clin 2005; 23(7): 396-401*	*XXVI congrés SEMI Novembre 2005*

Taula 1: Comparació de resultats amb d'altres experiències publicades



Gràfica 1: Infeccions ateses segons el focus d'origen



Gràfica 2: Grups d'antibiòtics emprats per via parenteral a ILAD

TRACTAMENT DE LA MALALTIA RESPIRATÒRIA CRÒNICA (MRC) AGUDITZADA EN LA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI

Glòria Bonet
Unitat d'Hospitalització a Domicili. Pneumologia
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
Universitat Autònoma de Barcelona
e-mail: gbonet.germanstrias@gencat.net

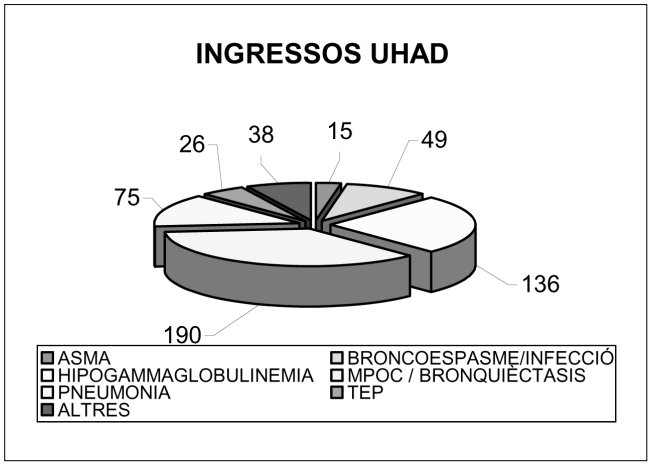
Introducció

La prevalença al nostre medi de les malalties respiratòries cròniques (MRC), sobretot de la MPOC, és elevada. La despesa econòmica anual generada per la MPOC és de 475 milions d'euros, i en el nostre medi el 42% es deu a despeses hospitalàries (1).
Aquests malalts presenten una limitació progressiva de les activitats de la vida diària, i requereixen múltiples ingressos hospitalaris per episodis d'agudització, que són la causa més freqüent d'ingrés hospitalari als serveis de Pneumologia, i suposen una càrrega assistencial important de les urgències hospitalàries.
Els malalts amb MPOC precisen una sèrie de cures que van des de l'assistència ambulatòria (atenció primària) fins a l'assistència hospitalària (planta o UCI), passant per l' assistència domiciliària.
Dins de l'atenció domiciliària podem diferenciar tres grans camps d'actuació, que són la rehabilitació respiratòria, el control clínic durant les fases d' estabilitat de la malaltia, i l'assistència durant les exacerbacions mitjançant l'hospitalització domiciliària.
S'han publicat diferents experiències que defensen la utilitat de l'assistència a domicili dels malalts amb MPOC avançada amb la finalitat d'aconseguir millorar la qualitat de vida i disminuir les estades hospitalàries. França va ser un dels primers països on es van desenvolupar programes de cures domiciliàries a la MPOC (grup ANTADIR) (2) i posteriorment s'han publicat experiències semblants a altres estats d'Europa i als EEUU, també amb bons resultats. Gravil et al (3), varen organitzar un servei de valoració respiratòria per a malalts amb MPOC aguditzada. Dels 962 pacients atesos en 3.5 anys, 145 van requerir ingrés hospitalari (15%), i 768 (80%) es varen traslladar al domicili amb un tractament normalitzat i i amb visites per infermeres especialitzades. D'aquests darrer grup, només 115 malalts (12%) varen precisar ingrés hospitalari durant el seguiment per deteriorament de l'agudització o per complicacions. Amb aquests resultats els autors conclouen que, després d'una visita a l'hospital, molts pacients amb agudització de la seva MPOC poden ser traslladats a domicili si reben suport d'infermeria especialitzada. A partir d'aquest primer estudi s'han publicat diferents experiències, que també conclouen que l'atenció domiciliària és eficaç, segura i rentable des del punt de vista econòmic (Cotton (4), Skwarska (5), Antoñana (6), Sala (7), C. Hernández (8), T. Pascual (9)).
Els estudis citats es basen en l'existència d'un equip d'assistència domiciliària en el qual el control directe del malalts al domicili el realitzava infermeria especialitzada amb la supervisió mèdica des de l'hospital, i els malalts eren molt seleccionats. Només s'ha publicat una experiència realitzada per Díaz Lobato et al (10) en la que es realitzava hospitalització a domicili portada a terme per un pneumòleg i infermeria especialitzada; objectiven que aquesta modalitat d'ingrés permet la recuperació del malalts sense un augment de les taxes de reingressos, recaigudes o fracassos terapèutics, i escurça l'estada hospitalària convencional .
S'han publicat diferents estudis dirigits a valorar els factors que influeixen en els ingressos hospitalaris per MPOC. Jaume Villalta i equip (11) varen trobar que l'índex de comorbilitat (mesurat per l'índex de Charlson), la PaCO2 elevada (>45mmHg) i la freqüència respiratòria elevada (> 25x') a l'ingrés a l'hospital eren tres variables que influïen en la duració dels ingressos hospitalaris. Roberts et al (12) troben com a predictors d'estada mitjana hospitalària superior a 8 dies l'edat avançada (>65 anys), la comorbilitat elevada, i el deterior sever del funcionalisme respiratori (mesurat pel FEV1)., i com a predictors de reingrés hospitalari el número d'ingressos previs, el deterior sever del funcionalisme respiratori i el fet de medicar-se amb més de cinc fàrmacs en el moment del reingrés. Segons l'estudi EFRAM (13) les tres variables que augmenten més el risc de reingrés són el FEV1 baix, l'haver ingressat més de tres vegades l'any previ, i la infraprescripció de l'oxigenoteràpia respiratòria crònica al domicili. L'estudi EFRAM també demostra que com més activitat física habitual , menys risc de reingressos hospitalaris (14); això equival a dir que la rehabilitació en aquests malalts és fonamental.
La MPOC no només dóna clínica respiratòria, sinó que aquests

malalts presenten afectació multisistèmica. Bartolomé R. Celli et al (15), varen buscar la manera d'expressar la gravetat de la MPOC tenint en compte l'afectació multisistèmica d'aquesta malaltia, creant l'índex BODE (Boddy mass index, airflow obstruction, dyspnea and exercice capacity index). Aquest és un bon predictor del risc de mortalitat en els pacients afectes de MPOC.

Validació de la modalitat d'ingrés: experiència de la UHAD-Protocolització de l'assistència dels malalts afectes de MRC.

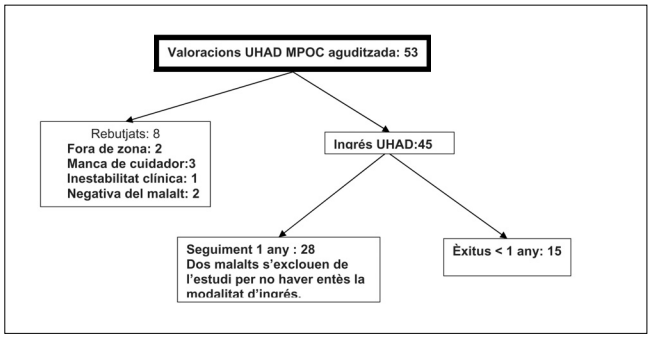
El nombre total de valoracions clíniques realitzades per la nostra unitat fins al febrer de 2004 fou de 2193, en 601 ocasions per malalties respiratòries. En un 11.98% dels casos (72) els pacients no varen ingressar a la UHAD per no complir criteris (falta de cuidador, inestabilitat clínica, negació del pacient). En total es varen assistir 529 malalts afectes de patologia respiratòria (181dones / 348 barons). Els diagnòstics d'ingrés i l'evolució foren els següents:



DIAGNÒSTICS	Nº	Traslat a l'hospital(*)	Re ingrés < 15 dies (#)	Re ingrés 1 mes (#)
MPOC/ BRONQUIÈCTASIS	190	32 (16.8%)	9 (4.73%)	8 (4.21%)
ASMA	15	1 (6.6%)	0	1 (6.6%)
BRONCOESPASME/ INFECCIÓ	49	2 (4%)	1 (2%)	1 (2%)
HIPOGAMMAGLOBULINÈMIA	136	0	0	0
PNEUMÒNIA	75	5 (6.6%)	2 (2.6%)	4 (5.2%)
TEP	26	1 (3.8%)	0	0
ALTRES	38	0	0	0

(*) trasllat mentre estaven ingressats a la UHAD.
(#) reingrés a l' hospital després de l' alta de la UHAD.

A diferència dels malalts seguits a domicili en altres estudis, els nostres pacients tenen una comorbilitat elevada. La majoria dels malalts MPOC traslladats a la UHAD eren severs o molt severs, i molts d'ells poliingressadors. No obstant, els resultats obtinguts han estat positius. S'ha pogut controlar satisfactòriament la clínica i el tractament de les aguditzacions, valorar el compliment terapèutic per part del pacient, estalviar estades hospitalàries, reduir els riscos que l'hospitalització convencional genera en aquests malalts i assegurar la continuïtat assistencial a l'alta mitjançant la coordinació amb l'assistència primària. Tot això s'ha aconseguit amb un elevat índex de satisfacció i acceptació d'aquesta nova modalitat d'hospitalització per part dels usuaris.
Revisant les històries clíniques dels malalts que varen ingressar per MPOC aguditzada a la UHAD durant el 2001 s'objectiva que els malalts ingressen menys l'any posterior a l'actuació de la UHAD:

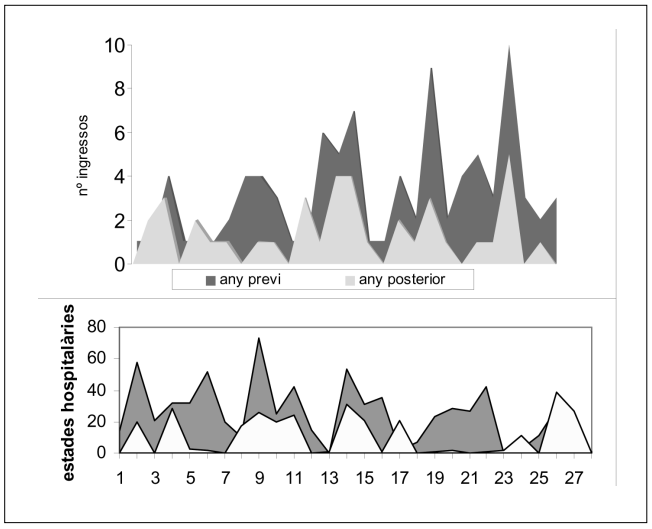


Amb un estudi retrospectiu s'objectiva que de 45 pacients ingressats a la UHAD durant el 2001, 15 són èxitus abans dels 12 mesos següents, 30 sobreviuen més de 12 mesos, dos d'aquests malalts s'exclouen de l'estudi per no haver entès la modalitat d'ingrés. En els 28 malalts restants es valora el nombre d'ingressos i estades hospitalàries l'any previ i l'any posterior a estar ingressats a la UHAD.
Les característiques de la població s'especifiquen a la taula 1. Són pacients d'edat avançada, amb un índex de comorbilitat elevada, i amb una mitjana de FEV1 del 35% (alteració ventilatòria obstructiva severa).

Taula 1

	Èxitus abans d'un any	Seguiment un any
Edat (anys)	**77.73** (DS 22.59)	**74.26** (DS 8.61)
Sexe (homes :dones)	**14 : 1**	**25 : 3**
Charlson	**3.46** (DS 1.80)	**2.78** (DS 1.59)
FEV1	**35.33%** (0.89 l)	**35.71%** (0.98 l)

En les gràfiques següents es mostra el nombre d'ingressos (gràfica 1) i el nombre d'estades hospitalàries convencionals (gràfica 2) de l'any previ i de l'any posterior a l'ingrés a la UHAD. S'observa que tant el nombre d'ingressos com d'estades hospitalàries és inferior l'any posterior, i aquestes diferències són estadísticament significatives (taula 2).



Taula 2

	Any previ	Any posterior	T Wilcoxon
Nº ingressos hospitalaris	Mediana: **3** Mitjana: **3.25** DS: **2.44**	Mediana:**1** Mitjana: **1.39** DS: **1.39**	**P < 0.001**
Nº dies d'estada hospitalària convencional	Mediana: **24** Mitjana: **24.96** DS: **18.91**	Mediana: **2** Mitjana: **10.64** DS: **12.46**	**P < 0.001**

A partir de la nostra experiència i de la recerca bibliogràfica realitzada, i d'acord amb el Servei de Pneumologia i la Unitat d'Urgències del nostre hospital s'ha creat un pla d'actuació pels malalts respiratoris crònics, dividint en tres grups els malalts tenint en compte els següents paràmetres: el número d'ingressos i d'estades hospitalàries en el darrer any, l'índex de comorbilitat dels pacients (Charlson), la PCO2 basal, el funcionalisme respiratori (FEV1%), l'existència de cor pulmonale, els dies que triga el malalt en assolir l'estabilitat clínica en l'ingrés, el grau de dispnea (escala MMRC) en situació basal, el requeriment de mòrfic (Solució aquosa de morfina / MST) per tractar la dispnea, i la freqüència respiratòria a l'arribar a l'hospital. Un cop classificats els malalts, es coordinarà l'ingrés a l'hospital els dies convenients i el seu trasllat a la unitat d'hospitalització a domicili el més precoçment possible.

Bibliografia recomanada:

1.- Comité de expertos SEPAR. Estudio macroeconómico. Impacto social de la EPOC en España. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1995.

2.- Sadoulp,Cardinaud JP. L'expérience française de l'assistance respiratoir eà domicile des insuffisants respiratoires graves. Bull Eur Pysiopathol Respir 1986; 22 (S 9): 1s-6s.

3.- JH Gravill, O A Al Rawas. Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. The Lancet. Vol 351. June 20, 1998. 1853-1855.

4.- MM Cotton, CE Bucknall. Early discharge for patients with exacerbations of chronic pulmonary disease: a randomised control trial. Thorax 2000; 55: 902-906.

5.- Skwarska E, Cohen G. Randomised controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease.Thorax 2000; 55: 907-912.

6.-JM Antoñana, V Sobradillo. Programa de altas precoces y asistencia domiciliaria en pacientes con exacerbación de enfermedad obstructiva crónica y asma. Arch Bonrconeumol 2001; 37: 489-494.

7.-E. Sala, L. Alegre. Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. Eur Respir J 2001; 17: 1138-1142.

8. - C. Hernandez et.al. Home hospitalisation of exacerbated COPD patients.Eur Respir J 2003; 21:58-67.

9.- T. Pascual et al. Resultados de dos programas con intervención domiciliaria dirigidos a pacientes con EPOC evolucionada. Med Clin (Barc) 2003;120 (11):408-11

10.- S. Díaz Lobato, F. González Lorenzo, et al. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. Arch Bronconeumol 2005; 41: 5 – 10

11.- Jaume Villalta,Ethel Sequeiro et al. Factores predictivos de un ingreso corto en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Med Clin (Barc).2005; 124 (17): 648-50.

12.- CM Roberts, D. Lowe et al. Clinical audit indicators of outcome following admission to hospital with acute exacerbation of Chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2002; 57:137-141.

13.- J. Garcia Aymerich, E. Monsó et al. Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. Am. J. Respir.Crit. Care Med. 2001 164: 1002-1007.

14.- J Garcia Aymerich, E Farrero et al Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. Thorax 2003;58:100-105.

15.- Bartolomé R. Celli, Claudia G Cote et al. The Body-Mass Index., Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index, in Chronic Pumonary disease. N Engl J Med 2004; 350: 1005-12.

Rev. R. Acad. Med. Catalunya (2006); 21: 26-27

HOSPITALITZACIÓ A DOMICILI EN MALALTS OPERATS DE PRÒTESI TOTAL DE GENOLL

Cristina Riera
Unitat d'Hospitalització a domicili. Rehabilitació.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. (HUGTiP)
Universitat Autònoma de Barcelona
e-mail: criera.germanstrias@gencat.net

L'any 2004 l'HUGTiP va començar un programa d'atenció hospitalària per a malalts operats de Pròtesi Total de Genoll (PTG), en col·laboració amb els serveis de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (COT) i la Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHaD), amb l'objectiu de reduir el temps d'estada, en règim d'hospitalització convencional, dels malalts operats de PTG. La última fase de l'ingrés hospitalari va ser en la modalitat d'HaD.

Abans de la implantació d'aquest programa els malalts operats de PTG estaven ingressats a l'hospital entre 13 i 15 dies, i després seguien rehabilitació ambulatòria. Amb el nou model proposat ers va plantejar una estada hospitalària de 7 dies, seguida d'una estada en règim d'HaD durant 8 dies, seguida d'una rehabilitació domiciliària.

Hi ha diversos estudis publicats que demostren que el model assistencial començat a l'HUGTiP és el que es recomana actualment (1), atès que els resultats funcionals són similars als de models amb estada hospitalària més llarga (2)- D'aquesta manera s'aconsegueix escurçar la mitjana d'estada en règim d'hospitalització convencional, reduir el nombre de complicacions intrahospitalàries i també disminuir de forma significativa la llista d'espera.

Des del punt de vista funcional els objectius que s'han marcat són: aconseguir un balanç articular, en el genoll operat, de 0º-90º, poder caminar de forma no dependent, amb l'ajut de dos bastons, així com la possibilitat de pujar i baixar escales al cap de 15 dies de la intervenció. La rehabilitació es comença molt avia, des del segon dia del postoperatori, que va seguia d'un programa de rehabilitació domiciliària, aque porta un fisioterapeuta al propi domicili del malalt.

Els resultats que s'analitzen en aquest article comprenen un període de 18 mesos (gener 2004-juny 2005). Durant aquest temps s'han incorporat de forma progressiva tres cirurgians ortopèdics (un cada sis mesos) i l'atenció domiciliària s'ha fet per un equip format per un metge rehabilitador i dos diplomats d'infermeria.

Resultats: S'han atès un total de malalts operats de PTG: 176 dones (76 %), amb una mitjana d'edat de 77.3 anys (45-83) i una mitjana d'índex de Charlson de 0.79, i 42 homes (24 %), amb una mitjana d'edat de 72.8 anys (58-83) i una mitjana d'índex de Charlson de 0.85.

La mitjana d'estada en règim d'hospitalització convencional en el servei de COT va ser de 7,42 dies. En 66 casos (36.6 %)l'estada hospitalària va ser més llarga dels 7 dies teòrics, essent la causa, en 46 casos per raons administratives i en 20 casos per complicacions mèdiques (v. Taula 1).

La mitjana d'estada en règim d'hospitalització a domicili va se de 10 dies (2 dies més que el previst en el pla teòric). En 23 casos (37.9 %) la causa va ser el seguiment i control de la rehabilitació i en 41 casos (62.1 %) pe complicacions que, o bé ja hi eren durant el postoperatori immediat o bé per complicacions que es van presentar en el domicili del pacient. En cap cas aquestes complicacions van exigir un nou reingrés a l'hospital, i tampoc cap malalt va demanar ser reingressat com a conseqüència de l'evolució durant el temps d'atenció domiciliària. (v. Taula 2).

Des del punt d vista funcional en el moment de ser donats d'alta tots els malalts tenien un balanç articular, en el genoll operat, de 0º-90º, podien caminar de forma autònoma amb dos bastons i podien pujar i baixar escales.

Conclusions

El programa implantat a l'HUGTiP, per a l'atenció de malalts operats per una PTG, s'ha demostrat segur, atès que no s'han produït complicacions greus, que obliguessin a un reingrés hospitalari en cap dels operats. També hi ha hagut una bona acceptació per part dels malalts, que en cap cas han demanat el reingrés voluntari en règim d'hospitalització convencional.

Des del punt de vista de la reducció del temps d'estada a l'hospital, el nou programa COT-UHaD s'ha mostrat com un model eficaç. La mitjana d'estada era de 13 dies, abans de la implantació d'aquest nou programa, el que suposa un total d'estades de 2340 dies. Amb el nou model assistencial s'ha obtingut una mitjana d'estada de 7,4 dies, el que significa una reducció de l'estada de 5,6 dies i un total de només 1322 estades. Aquesta diferència suposa una reducció de 1008 estades.

Tenint en compte aquests resultats , tant per part del servei de COT com de la UHaD es proposa la consolidació d'aquest model assistencial com a procediment habitual que caldria seguir en tots aquells malalts que ingressin en el nostre centre per a ser operats de PTG.

Bibliografia:

Kramer FJ, Speechley M, Bourne et al. "Comparison of clinic and home-based rehabilitation programs after total knee arthroplasty". Clin Orthop 2003 May; 410: 225-234

Mabrey JD, Toohe, JS, Armstrong D, et al "Clinical Pathway management of total knee arthroplasty" Clin Orthop 1997; Dec (345), 125-133.

TAULA 1

Anèmia	4
EPOC	2
Colecistitis	1
ITU	3
Arítmia	1
I. renal	1
Ferida Q.	3
Dolor	1
TEP	1
Diabetis	2
TVP	1

Complicacions en règim d'hospitalització convencional

TAULA 2

Diabetis	3
EPOC	2
Sospita TVP	7
Artritis gotosa	1
ITO	1
Al·lèrgia	1
Dolor	4
RAO	1
TVP	10
Ferida q.	11
Neoplàsia	11
T. anticoagulant	4

Complicacions en règim d'hospitalització a domicili

Rev. R. Acad. Med. Catalunya (2006); 21: 28-29

El Racó de la Història

NOTES SOBRE L'ORGANITZACIÓ DE L'ACADÈMIA DE MEDICINA DE BARCELONA EN EL SEGLE XVIII. ELS TIPUS DE SOCIS

Jacint Corbella i Corbella
Acadèmic numerari

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya es va crear l'any 1770, amb el nom, aleshores, d'Acadèmia Médico Práctica. Hi havia hagut l'intent de fer-ho des de l'any 1754. De fet el que es pretenia era tornar l'ensenyament de la medicina a Barcelona. Aquest s'havia perdut quan l'any 1717 es decretà la supressió de les universitats catalanes i el trasllat a Cervera. Malgrat això a Barcelona hi quedà l'Hospital de la Santa Creu. La reacció de l'Acadèmia fou doncs una concessió menor. Però tingué el seu fruit.

D'una banda, junt amb el Col·legi de Cirurgia, creat el 1760 per Virgili, serví per a recuperar el nivell de la nostra medicina. D'altra banda l'Acadèmia acabà essent una institució docent quan es crearen les dues càtedres de Clínica, que regentaren inicialment Francesc Salvà i Campillo i Vicenç Mitjavila. L'Acadèmia Mèdico Pràctica, que fou el nom que va tenir durant bastants anys, fou un element important de la medicina catalana de finals del segle XVIII. Ara volem comentar alguns aspectes de detall, i potser no massa importants, de la seva organització en aquest període, concretament els diferents tipus de membres que hi havia.

LES FORMES INICIALS DE SOCIS

Hi ha una relació inicial de set membres o *"socis"*, quan es fundà l'Acadèmia l'any 1770. Eren els doctors Steva, Güell, Montaner, Sanponts, Prats, Balmas, Casals i Ruhira. És una llista de vuit, però Steva va morir molt poc abans d'autoritzar-se formalment l'Acadèmia. Consten com a socis fundadors des del 2 de juny de 1770.

Inicialment hi ha els *"socis de Barcelona"* i els *"socis forans"*. Al començament no es marquen diferències entre ells. El mateix any 1770 junt amb els set socis de Barcelona, residents a la ciutat, hi ha tres socis forans, que són des del 23 de juliol de 1770, els doctors Jaume Bonells i Miquel Barnades, catalans a Madrid, i des del 3 de desembre del mateix any el doctor Josef Pasqual, de Vic.

Fins a l'any 1789 hi ha 21 socis forans. Cal dir que el penúltim d'aquesta llista, el número 20, és el doctor Josef Masdevall, personalitat directora de la sanitat mèdica (no de la quirúrgica, que anava per una altra via) espanyola del seu temps. L'elecció de Masdevall fou pensada probablement per a que fós president de l'Acadèmia. Ja es devia veure que si no tenien un padrí a Madrid no feien res. Com que el títol de *"soci forà"* devia semblar poca cosa, se'l va nomenar també *"soci antiquior"*. No n'hem vist cap altre amb aquest nom. També s'ha de dir que Masdevall tenia un nebot dins de l'Acadèmia, el doctor Francesc Llorens i Masdevall, membre bastant actiu, que havia ingressat el 1781.

Aquestes van ser les formes inicials dels membres de l'Acadèmia: els que vivien a Barcelona i els que estaven a fora. Si aquests anaven a Barcelona tenien la mateixa consideració que els locals. Més tard es dirà que això sí, però només durant dos mesos.

LA REFORMA DE 1790

L'any 1790 hi hagué un cert canvi, bastant profund, en els estatuts de l'Acadèmia i els tipus de socis. En aquest any es va dir *"en adelante los socios foráneos se denominarán 'socios íntimos españoles'"*. Des del 1795 alguns d'ells consten com a "ascendido de corresponsal".

Un altre tipus de socis són els *"socios íntimos extranjeros"*, creats l'any 1790, amb una llista que comença el 12 d'abril d'aquell any amb el nomenament de dos metges francesos, representants de l'Acadèmia de París que va fer el que podríem dir un *"conveni"* amb la de Barcelona. Són els doctors Josef Francesc Bartholomé Carrère, que va venir a Barcelona i Félix Vicq d'Azr, que era metge del duc d'Orleans. Dels deu que consten fins a l'any 1798 set són francesos.

També l'any 1790, quan l'Acadèmia ja portava vint anys de vida efectiva, es van crear els *"socios honorarios"* que havien de recaure en les *"personas más condecoradas del reino"*. La llista comença amb el comte de Floridablanca, que era primer secretari d'Estat. El mateix any 1790 es nomenen fins a nou socis d'aquest tipus, pràcticament tots nobles, junt amb el bisbe de Barcelona.

La categoria de *"socios libres"* fou creada també el 1790 amb sis noms. Acull personalitats de la ciència, en principi no metges, residents a fora. Després la llista es farà més complexa i s'hi troben

metges catalans importants amb càrrec a Madrid, com Leonard Galli i Ignasi Lacaba. També un farmacèutic, que endemés fou metge, però resident a Barcelona, Francesc Carbonell i Bravo, el 1795. Carbonell passarà després a altres nivells dins de la nòmina del personal acadèmic, fins a ser president de l'Acadèmia el 1823. També hi hagué alguns membres de l'Audiència, com un fiscal i un *"oidor"*.
L'última llista és la de *"corresponsales"*. Aquí en principi no se'ls diu *"socis"*. La relació comença l'any 1781, amb un sol nomenament, però després no segueix fins el 1790. El primer membre d'aquest tipus fou Francesc Suñer, metge de Figueres, i el primer de las nissaga dels Pi i Sunyer. Val la pena analitzar l'acta de la sessió en que s'informa del seu nomenament. L'acta, en castellà, diu:

> *"...se resolvió que sin embargo de hallarse prevenido en el art. 38 de los Estatutos, que todos los socios debían ser graduados de doctor, como el fin de la Academia es mirar el bien del público y adelantamiento de la medicina, debía relajarse dicho estatuto según la facultad concedida a la misma Academia en el artículo 41 de los mismos... ...Considerando que algunos médicos muy instruidos y bien útiles al público no pueden graduarse por falta de medios... se acordó crear plazas de socios correspondientes destinadas para los bachilleres en medicina, revalidados por el Real Protomediato, y residentes fuera de Barcelona...."*
>
> *"Atendido pues el mérito del bachiller Francisco Suñer y teniendo la circunstancia de hallarse revalidado, se resolvió concederle una plaza de socio correspondiente"*.

A la mateixa sessió es va admetre com a soci el doctor Francesc Salvador, que era de Calella i consta a la llista dels foranis, encara que a l'acta de la sessió no s'aclareix. Després no es va insistir en aquesta via fins el canvi global de 1790.
També cal dir que abans, a la Junta de 16 de novembre de 1772 (llibre I, pàg. 44) ja s'havia fet una excepció en un cas de nomenament de soci resident. Benet Paltor, metge resident a Barcelona demana, per carta com es feia aleshores, d'ésser admès a l'Acadèmia. Diu l'acta de la sessió:

> *"... Algunos socios estaban inclinados a negarle la admisión, por faltarle el requisito de ser graduado de doctor conforme previenen los estatutos. Sin embargo atendiendo al relevante mérito del suplicante, de hallarse revalidado por el Real Protomedicato de Madrid, de ser socio de la Academia Médica Matritense, de la de Ciencias y Artes Naturales de esta ciudad, opositor aprobado de la càtedra de Botánica de Madrid, y de haber ejercido el empleo de Teniente de Protomedicato en Vera Cruz, por espacio de algunos años, se resolvió su admisión"*.

ELS DIFERENTS TIPUS DE SOCIS

Hem vist com inicialment el 1770 només hi ha els socis residents i els foranis i no es fan diferències. El 1781 es nomena un sol corresponsal. El 1788 el socis foranis es passa a denominar-los *"socios íntimos"* i el 1790 s'estableixen les diverses formes, que són:

> *"Socios honorarios"*, que poden ser fins a 12, a més a més del capità general del Principat, que ho és amb caràcter nat. Com ja s'ha dit *"deberá recaer en las personas más condecoradas del Reyno"*. També es diu *"Estos socios, gozando de todos los honores y derechos de la Academia, podrán ser elegidos presidentes"*. De fet així fou.
>
> *"Socios residentes" "que serán los doctores en medicina que en el día componen la Academia y tienen su domicilio fijo en Barcelona"*. El nombre és limitat a 20.
>
> *"Socios íntimos" "que serán varios médicos de Europa. Conocidos por sus obras impresas, o disertaciones dirigidas a la Academia"*. Tenen els mateixos drets i deures que els residents. El nombre és limitat a 50, d'ells fins a 30 espanyols i 20 estrangers.
>
> *"Socios libres" "no han de ser médicos, pudiendo estar en esta clase cualquier naturalista célebre de Europa..."*. El nombre màxim és de 12. Poden ser espanyols o estrangers.
>
> Els *"Correspondientes"*. Poden ser metges, cirurgians, apotecaris, químics, naturalistes, &. Han de ser de fora de Barcelona i es marca una distància mínima *"que tenga su domicilio a distancia de dos leguas de Barcelona"*. El seu nombre es diu *"por ahora sea indeterminado, más si llegara a ser excesivo deberá limitarse"*.

A la llista que consta en el volm I de les Actes de l'Acadèmia, de 1770 a 1798, a tall de resum es compten les següents dades:

a) Socis de Barcelona *"residents"* (1770-1798): 33
b) Socis foranis (1770-1788): 21
   Socis *"Intims espanyols"* (des de 1790): .. 18 .. 39
c) Socis Intims estrangers (1790): 10
d) Socis honoraris (1790): 22
e) Socis lliures (1790): 15
f) Corresponents (1781): 32

En total són 151. Alguns, molt pocs, (Piguillem, Carbonell i Bravo) repeteixen a més d'un nivell. També hi ha alguna petita variació vistes les relacions internes i les actes.

VIDA ACADÈMICA

BUTLLETÍ INFORMATIU NÚMERO 3. INFORME DEL PRESIDENT AL PLE DE 14 DE MARÇ DE 2006

És un informe des de l'últim ple, que va ser en el mes de desembre de 2005. Són tres mesos d'un ple a l'altra, a un ritme de quatre a l'any si no s'escau cap imprevist.

1. Actes que s'han fet. Des del ple anterior s'han fet dos actes solemnes, la inauguració de curs amb la lliçó del doctor Climent, i l'ingrés del doctor Nalda fa pocs dies. A més el dia 9 de març, dijous passat, es va fer el lliurament del diploma d'Acadèmic d'Honor al doctor Xavier Pi-Sunyer, de Nova York, que va venir en ocasió d'una reunió de la Fundació Dieta Mediterrània. Era un acte inicialment no organitzat per l'Acadèmia, i ens havien demanat el local, aquest amfiteatre que ara serveix, amb una certa freqüència, per a fer actes externs. És nét d'August Pi-Sunyer, que fou president de la nostra Acadèmia, i membre d'una nissaga que durant set generacions ha estat vinculada a l'Acadèmia,. És, a més, una personalitat important en el camp dels estudis sobre la diabetis i l'obesitat. L'any que ve tornarà a Barcelona, ciutat on va néixer i que visita sovint, en ocasió del centenari de l'Institut d'Estudis Catalans i en record de l'obra de l'Institut de Fisiologia.
Queda, propera, la sessió solemne de recepció del doctor Josep A. Bombí, que ja està prevista pel diumenge 14 de maig. I encara tenim previstes dues sessions més d'ingrés pels mesos d'octubre i novembre, sense data fixada, les dels doctors Josep Carreras i Miquel Vilardell.
Pel que fa als acadèmics corresponents està previst el dimarts dia 25 d'abril, l'ingrés dels doctors Andreu Prat i Marin, i Ferran Mascaró i Ballester. Atès que ja fa algun temps s'ha volgut donar més relleu al paper dels acadèmics corresponents en les tasques de l'Acadèmia i més solemnitat a l'acte del seu ingrés, els prego que es reservin un forat en la seva agenda.

2. Convenis. Ja s'ha signat amb el ministeri de Foment, el dia 20 de desembre de 2005, el conveni de finançament per les obres que ja estan fetes. En vaig informar a la sessió inaugural de curs i per tant no cal estendre's en el tema. Només remarcar, encara una altra vegada, que és el compliment final i difícil, d'un acord que s'havia pres l'any 1999. El tema queda dins del capítol d'informació econòmica que farà, en aquesta mateixa sessió, el secretari general. Tornaré sobre el tema dels convenis en l'apartat de projecció territorial.

3. Les places d'acadèmic numerari. Avui està previst que es faci la votació de selecció del tercer "binomi" de les places vacants. Els candidats que siguin seleccionats passaran a la votació final que es farà el proper ple, en principi previst per a finals de maig o començaments de juny.
Les dues places de la secció de medicina, ja acordades, encara no hem vist que s'hagin publicat al DOG. És previsible que en el proper ple s'hagin de fer les propostes i es pugui fer una votació de selecció, quedant la provisió definitiva pel tercer ple de l'any, probablement a començaments d'octubre.

4. Relacions interacadèmiques. Aquest any es recorda el cinquantenari de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya, que fa un seguit d'actes, entre ells una escenificació de la preparació de la Triaga Magna el proper mes de juliol en el pati de la Santa Creu, El proper dia 27 de març, dilluns, està prevista la participació de la nostra Acadèmia, per medi del president, en la sessió necrològica que fa l'Acadèmia de Farmàcia en record del doctor Ramon San Martin, que en va ser president i que també fou membre de la nostra institució.
S'ha proposat, però encara sense fixació de tema ni data, l'organització d'una segona jornada mixta de les tres acadèmies sanitàries (Medicina, Farmàcia i Veterinària) que no ens toca fer a nosaltres perquè ja es va fer aquí la primera, el mes de juny passat. El passat dissabte dia 4 de març el secretari general, doctor Ramon Trias, va assistir, representant a l'Acadèmia, a una reunió de les Acadèmies de Medicina Territorials, que es va fer a Madrid. Representa una tendència a donar més paper, econòmic inclòs, a les que abans constaven com a Acadèmies de Districte.

5. La projecció territorial. Creiem que una de les funcions de l'Acadèmia és la de tenir una certa projecció a la resta de Catalunya, on és en bona part poc coneguda, tot i que el nom dóna prestigi, però es veu com una cosa lluny. Potser seria útil, igual que s'ha fet amb els acadèmics numeraris, reservar de forma expressa un cert nombre de places as acadèmics corresponents per a altres demarcacions que la de Barcelona. Hi ha espai numèric per a fer-ho podríem fer una convocatòria específica, i fins i tot alguna vegada fer una sessió de recepció fora de Barcelona. Cal assenyalar que reunions foranes

ja les han fet altres acadèmies, així la de Farmàcia, (a Mallorca i Lleida) i la de Veterinària (a Girona). El resultat ha estat prou positiu i és un tema per a meditar-hi. Actualment tenim ja més d'una dotzena de corresponents de fora de l'àrea de Barcelona, sorgits per l'activitat normal d'elecció o de premi, però crec que fóra positiu considerar-ho de manera més institucionalitzada.

Hi ha en curs l'elaboració d'un conveni amb l'Arxiu Històric de Ciències de la Salut del Bages, que dirigia fins fa poc el doctor Lluís Guerrero, actualment és president de la delegació comarcal del Col·legi de Metges. Aquest conveni fóra semblant al que ja es va fer amb l'Ajuntament de sant Feliu de Guíxols. Pel Museu de sant Feliu ja hem preparat una primera tramesa d'imatges de metges de l'Empordà.

Amb el centre del Bages estem treballant, molt activament, en la recollida de material per una Història Gràfica de la Sanitat Catalana i també en la confecció concreta de plafons que s'exposaran a partir de meitat d'abril en l'exposició gràfica del centenari de l'Hospital Clínic i de la nova Facultat de Medicina. Una de les fotografies més emblemàtiques és la de l'edificació de la Facultat i Hospital després del primer any d'obres, possiblement el 1896. Va ser regalada a la nostra Acadèmia pel doctor Joaquim Bonet, acadèmic i president més tard, que també fou degà i rector. L'hem pogut recuperar, en el fons de l'Acadèmia, amb motiu d'aquesta exposició.

6. Informació econòmica. És extensa i important i la farà, com a punt específic de l'ordre del dia, el secretari general doctor Ramon Trias.

EL CENTENARI DE L'HOSPITAL CLÍNIC I LA NOVA FACULTAT DE MEDICINA

Ara fa cent anys aquest edifici allotjava la Facultat de Medicina, i era l'últim curs en que es feia aquí aquest ensenyament. Havia estat el Reial Col·legi de Cirurgia des de 1762, en que s'inaugurà (el Collegi fou creat el 1760, però calia bastir l'edifici, que es construí de manera molt ràpida). El 1843, sense deixar la continuïtat de l'ensenyament es va canviar el nom i va passar a ser Facultat de Medicina. L'octubre de 1906 els estudiants van anar cap a la nova seu del carrer de Casanova, la facultat nova. Aquí va quedar al cap d'un temps una escola de mestres i després sembla que va tenir poca utilitat, fins que el 1929, després de ser cedit a l'Acadèmia, s'inaugurà amb les noves funcions.

La data de 1906 és important. D'una banda el mes de juny hi hagué el primer Congrés d'Higiene de Catalunya, que ja va fer una sessió al nou edifici del carrer de Casanova, fins i tot abans de la seva inauguració oficial i solemne. D'altra banda van entrar en funcionament la nova facultat i sobretot, per la importància que va tenir per a la ciutat, el nou hospital. A partir d'aleshores la ciutat va comptar amb dos grans hospitals, el de la Santa Creu i el Clínic. El de la Santa Creu, igualment envellit fou traslladat al cap de pocs anys, però sense pressa, a la ubicació de l'actual Hospital de Sant Pau, de la Santa Creu i Sant Pau, per a dir-ho amb més exactitud.

Aquest fet és important en la història de la ciutat i l'Hospital Clínic ha creat una comissió, en la qual l'Acadèmia també hi és present, que al llarg d'aquest any ha programat un conjunt llarg d'actes, que s'obriran el mes de febrer en una sessió solemne al Palau de la Música, amb una lliçó inaugural que s'ha encarregat al doctor Moisès Broggi, president d'Honor de l'Acadèmia, que va ser un dels primers metges de guàrdia del servei d'Urgències quan aquest fou creat de manera específica, per la decisió i empenta del doctor Joaquim Trias, catedràtic de cirurgia i degà de la facultat.

Entre les personalitats que van tenir una intervenció més eficaç i destacada en els primers temps de l'Hospital cal recordar l'obra de tres acadèmics, els doctors Giné, Bonet i Carulla. Joan Giné i Partagàs, degà a partir de 1893 i durant poc menys de deu anys, va ser un dels màxims impulsors de l'obra. Joaquim Bonet fou degà i el rector que va inaugurar el nou edifici. Valentí Carulla i Margenat va ser el president de la Junta Administrativa de l'Hospital i cap real de la institució fins a la seva mort el 1923, quan era també president de l'Acadèmia. I recordem encara que l'article inicial en que es demanava un segon hospital per a la ciutat de Barcelona es va publicar a la revista *"El Compilador Médico"* recollint un acord de la Comissió d'Higiene de l'Acadèmia.

XIV CONGRÉS D'HISTÒRIA DE LA MEDICINA CATALANA

Aquest any, dels dies 9 a 11 de juny, està convocat el XIVè Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Seguint l'alternança, establerta ja fa alguns anys, de fer un congrés a la ciutat de Barcelona i dos a fora, aquest any toca fer-lo a Barcelona, i s'ha centrat al voltant del tema *"Centenari de l'Hospital Clínic i de la nova Facultat de Medicina de Barcelona (1906-2006)"* que serà el tema principal.

La sessió inaugural es farà el divendres dia 9 a la Facultat de Medicina del carrer de Casanova i la clausura, el diumenge dia 11 a la seu de la Reial Acadèmia, al carrer del Carme. També hi haurà sessió el dissabte, dia 10, a l'edifici del Col·legi de Metges del Passeig de la Bonanova.

El Congrés està presidit pel doctor Manuel Escudé i Aixelà, acadèmic corresponent, i formen part de la Comissió Organitzadora els doctors Víctor Marí i Balcells i Lluís Guerrero i Sala com a vicepresidents; Josep Lluís Ausín i Hervella, com a secretari, Ferran Sabater i Casellas, com a tresorer i Josep M. Simon i Tor i Ramon Balius i Juli com a vocals.

Les actes seran publicades a *"Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència"* en els seus volums números 45 i 46, corresponents a l'any 2006.

MEMÒRIA DE LES ACTIVITATS DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA (2005)

Excel·lentíssim Sr. President,
Il·lustres Autoritats Acadèmiques i Polítiques,
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Senyores i Senyors,

La memòria d'activitats dels curs acadèmic 2.005, que a continuació exposaré, consta dels següents capítols:

1. Moviment de personal acadèmic. Baixes, ingressos i acadèmics numeraris emèrits.
2. Canvis en la Junta de Govern de l'Acadèmia
3. Sessions científiques
4. Premis de l'Acadèmia

L'any 2.005 hem hagut de lamentar la pèrdua de quatre acadèmics numeraris; els Molt Il·lustres Doctors Francisco Garcia Valdecasas, Josep Laporte Salas, Joaquin Tornos Solano i Francesc Gonzàlez Fusté i set acadèmics corresponents.

El Dr. **F. GARCIA VALDECASAS** havia ingressat el 30 Octubre de 1.966, va morir el 22 de gener de 2005, i el seu discurs d'ingrés *"La transmisión química en las sinapsis adrenergicas"* fou contestat pel Dr. Francesc Buscarons. Nascut a Córdoba l'1 de Febrer de 1.910, es doctorà en la Facultat de Medicina de Madrid amb Premi Extraordinari, on s'incorporà a la càtedra de Fisiologia com alumne intern primer i professor després. El 1.940 guanya la Càtedra de Farmacologia de la Universitat de Barcelona, on desenvolupa una rellevant tasca investigadora i docent. Fundà una escola de Farmacologia Barcelonesa prestigiosa internacionalment i molts del seus deixebles ocuparen càtedres arreu del país. En són un brillant exemple els Membres Numeraris de la nostra Acadèmia Drs. Salva i Laporte. Fou també Rector de la Universitat de Barcelona i membre actiu i honorari en altres Acadèmies, Consell Superior d'Investigacions Científiques i Societats Internacionals de Prestigi.

Dr. **JOSEP LAPORTE I SALAS**, morí el 16 de febrer de 2.005 de manera sobtada. Ingressà el 25 de gener de 1978 i el seu discurs d'ingrés fou sobre *"Passat, present i futur de la Farmacologia"* i la resposta a càrrec del seu mestre Dr. Francisco García Valdecasas. El nostre company Josep Laporte, nascut a Reus l'any 1922 , fou doctor en Medicina i molt jove és dedicà a la docència: accedí primer a la plaça de professor adjunt de Farmacologia a la Universitat de Barcelona (1960-1968), i després anà de catedràtic a Cadis, València i, finalment, tornà a casa quan es fundà la Universitat Autònoma de Barcelona, de la qual fou catedràtic de Farmacologia Clínica, i aviat accedí a Rector de la mateixa Universitat. Presidí l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Fou conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya el 1980, i d'Ensenyament el 1988 i comissionat per a Universitats i Recerca (1992–1995). Des del 1993 fins al 2.002 fou president de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i també del Patronat de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. Des del 2002 fins al seu decés el 2005 presidí l'Institut d'Estudis Catalans. Fou distingit amb la Medalla d'Argent (1989) i la Medalla d'Or (1991) de la Fondation du Mérite Européen i obtingué el Premi d'Honor Jaume I (1996) i la Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya (1996). Amb anterioritat havia estat Premi Massot i Palmés de l'Institut d'Estudis Catalans (1953), Premi Marañón de l'Academia Médico Quirúrgica de Madrid (1957) i Premi Anales de Medicina i Cirugía de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona (1966). Com molt be diu en Lluis Daufí *"en Josep Laporte va ésser una persona bona, honesta, conseqüent, laboriosa i, per sobre de tot, educada y cortesa. La qual cosa li permeté d'exercir en tot moment, a les verdes i a les madures, de català amant i defensor de la nostra llengua, de la nostra pàtria i de la nostra cultura i professió"*.

Dr. **JOAQUIN TORNOS i SOLANO** va morir el mes de març de 2005 després de patir una malaltia cardíaca que va suportar amb fortalesa. Pocs dies abans de la seva mort va poder assistir a l'ingrés del seu fill com a Membre Numerari. El seu discurs d'ingrés a l'Acadèmia, *"Reflexiones sobre la Medicina y el ejercicio profesio-*

nal en nuestros dias" va esser contestat per el seu gran amic i pacient Dr. J. Laporte que va manifestar *"Avui celebrem l'entrada a l'Acadèmia d'un metge, senzillament d'això: d'un metge metge"*.
Nascut a El Tormillo, Osca, el 29 de març de 1918. Estudià Medicina a la Facultat de Saragossa on acaba brillantment la carrera amb Premi Extraordinari. Fou alumne intern per oposició a la càtedra del Professor Gibert Queraltó que en esser traslladat a Barcelona se l'endugué com a ajudant. Aconseguí la plaça de Professor Adjunt. El 1951 llegí la Tesi Doctoral dedicada a l'estudi del mètode del Blau d'Evans per a la determinació del volum sanguini. Exerceix brillantment la docència i l'assistència a l'Hospital Clínic que continua després a la Residència de la Vall d'Hebron on es convertí en Cap del Departament de Medicina Interna. Va esser membre de diverses societats científiques. Va fer nombroses aportacions a la bibliografia mèdica, excel·lint dues obres importants: *"Nociones de Medicina Interna"* (1958) i *"Enfermedades del aparato circulatorio"* (1962). Durant un temps (1961–1976) va ocupar càrrecs de la màxima responsabilitat en el Col·legi de Metges, en una època especialment conflictiva que va saber exercir amb el reconeixement i respecte dels col·legiats. Jo mateix vaig esser testimoni d'excepció per poder-ho ratificar.

Dr. **FRANCESC GONZALEZ I FUSTÉ**, va morir el 4 Desembre de 2.005. Ingressà a l'Acadèmia el 26 de maig de 1974. El seu discurs d'ingrés *"Epidemiologia i Profilaxis de la Hepatitis Vírica"* fou contestat pel Dr. Pere Domingo Sanjuan. Passà a emèrit el 1994, per trasllat de residencia fora del districte. Nasqué a Barcelona el 13 d'abril de 1919, fill del també acadèmic Dr. Pedro Gonzalez Juan, de qui va heretar la seva inclinació per la Sanitat Pública. El 1944 publica el seu primer treball científic sobre Fleming i la Penicil·lina, juntament amb el Dr. Jordi Suñer Pi. A *"Medicina Clinica"* profunditzaren el coneixement dels fongs i bactèries amb el Prof. Justo Covaleda Ortega, i col·laborà amb el Dr. Carlos Soler Durall en l'estudi de la infecció tuberculosa i la diftèria i amb el Dr,. Pumarola amb tècniques de valoració dels virus de la poliomielitis. Finalment guanya la càtedra d'Higiene i Sanitat en les Facultats de Medicina de Saragossa i el 1965 passà a la Universitat de Barcelona.

Dr. **JUAN OCAÑA SIERRA**, fou Acadèmic corresponent per premi, de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, des de l'any 1959 amb el treball *"Estudio topográfico-médico de Blanes"*. Neix a Granada el 1932. Obté la Llicenciatura en Medicina en 1955, amb Premi. El gener de 1989, per oposició, obté la càtedra de Dermatologia de la Universitat de Granada. Acadèmic Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Granada des de 1996 i, fins a la seva mort, a la primavera de 2005, fou Secretari General d'Honor.

Dr. **ENRIC JUNCADELLA DE FERRER** (Juliol 1909-Maig 2005) fou Acadèmic corresponent per elecció l'any 1946. Intern per oposició a l'Hospital Clínic (Professor Ferrer Solervicens). Llicenciat en Medicina i Cirurgia (Barcelona 1931) amb premi extraordinari de Llicenciatura. Professor adjunt per oposició a la Universitat de Barcelona. Metge a l'Hospital Clínic i Provincial (Clínica Mèdica B, Prof. M. Soriano) la major part de la seva vida professional. Director del Servei de Cardiologia de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona (Dos de Maig) desde 1976 fins que es va jubilar. Nombroses publicacions i comunicacions a congressos. Curs de ECG que va fer durant molts anys. President de la Societat Catalana de Cardiologia. El seu fill diu: *"Jo destacaria del meu pare la seva gran qualitat humana amb total dedicació als malalts i a la docència sense mostrar mai signes de cansament"* (va estar actiu fins als 90 anys). A més va ser un magnífic pare en tots els aspectes.

Dr. **JOAN PEDRO BOTET I PONS**, nascut a Barcelona 1924. Mort el Febrer 2.005. Premi Extraordinari del Doctorat. Redactor de *"Anals de Medicina de l'Acadèmia de Ciencies Mediques"*. Cap del Departament d'Exploracions Funcionals Cardiològiques de la Clínica Mèdica Universitària del Prof. A. Pedro Pons. Ponent del Congrés de la Societat de Medicina Interna Española i en el Congrés Internacional d'Hepatologia. Organitzador i Director de nombrosos cursets. Autor de 38 treballs i coautor en el Tractat de Patologia Medica del Dr. Pedro i Pons.

Dr. **DEMETRIO PITA SALORIO**, Nascut a A Coruña 4 de març de 1944. Obté la Llicenciatura a la Universitat de Valencia 1967. Doctor per la Universitat Santiago de Compostela 1970. Catedràtic d'Oftalmologia de la Facultat de Medicina de Barcelona el 1975. Director del Departament d'Oftalmologia de la Universitat de Barcelona. Acadèmic corresponent de la Real Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Galicia i de la Real Acadèmia Nacional de Medicina. Nombroses publicacions nacionals i estrangeres. Autor del llibre *"Retinopatias Vasculares"* (1971) .Mori el 13 Setembre de 2005.

Dr. **MANUEL BALLESTER BOIX** Llicenciat en Ciències Químiques a la Universitat de Barcelona i Doctor cum laude per la Universitat de Madrid. Nasqué a Barcelona l'any 1919. Acadèmic Numerari de la Reial Acadèmia de Ciències i Arts de Barcelona el 1969. Premi Ciutat de Barcelona 1964. Premi Princep d'Asturies 1982. Professor d' Investigació (Consell Superior d'Investigacions Científiques 1977). Membre de l'American Chemical Society i de la Royal Chemical Society. Va esser elegit acadèmic corresponent el 1994 i va morir el 6 d'abril de 2005. Fou autor de treballs importants, amb prou repercussió internacional, sobre els radicals lliures.

Dr. **ANTONI OLIVELLA I CASALS**, Metge oftalmòeg, Acadèmic corresponent per elecció el 1996. Nascut a Barcelona l'any 1911. Llicenciatura a Barcelona i Doctorat a Madrid, amb la tesi premiada com la millor sobre un tema oftalmològic. Secretari del Banc d'Ulls de Barcelona, Membre de l'Institut Barraquer, de la Societat Oftalmològica Hispanoamericana, de la "Société Française

d'Oftalmologie", de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, fundador i representant d'Espanya del club *"Jules Gonin"* de Lausanne. Metge oftalmòleg de *"La Agrupación Nacional de Exboxeadores"*, filial de *"Europlan Boxing Union"*, guardonat amb la insígnia *"El Guante de Oro"*.

Dr. **JOSEP ADSERÀ I MARTORELL** va esser elegit Acadèmic corresponent el 1994 i va morir el 27 de desembre de 2005. Metge internista, Director de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona. Professor d'Història de la Medicina a Facultat de Medicina de Reus. Fou president del Congrés d'Història de la Medicina Catalana de 1992. Ha publicat mes de vint treballs i alguns llibres d'Història de la Medicina i de la ciutat de Tarragona.

INGRÉS DE NOUS ACADÈMICS

Durant l'any 2005 han ingressat, o modificat el seu estatus, 23 nous acadèmics.

Acadèmics numeraris. Ha pres posessió el mes de març el doctor Joaquim Tornos i Mas, i han estat elegits els doctors Miquel A. Nalda Felpe, Josep A. Bombí Latorre, Mlquel Vilardell Tarrés i Josep Carreras Barnés.

Acadèmics corresponents. Han estat elegits vuit nous membres, que tenen pendent el seu discurs d'ingrés. Són els doctors: Francesc Cardellach López, Josep A. Pujante Conesa, Josep M. Carrera Macià, Ferran Mascaró Ballester, Andreu Prat Marín, Albert J. Jovell Fernández, Antoni Esteve Cruella i Josep M. Costa Molinari.

Acadèmics corresponents estrangers. S'han elegit set nous membres, els doctors Misael Uribe Esquivel, Emilio García Procel, Alejandro Mohar Betancourt, Roberto Medina Santillán, tots ells membres de l'*«Academia Nacional de Medicina de México»*, i els doctors Luis A. Díaz, d'Estats Units, Roque Sáez Fuensalida, de Xile i Ana Kaminsky de la República Argentina.

També s'han nomenat tres acadèmics d'honor estrangers, els doctors Xavier Pi-Sunyer Díaz, resident a Nova York; James Watson, actualment a Nova York, premi Nobel de Medicina, i Rita Levi Montalcini, resident a Roma, també premi Nobel de Medicina.

MEMÒRIA DE LES ACTIVITATS CIENTÍFIQUES DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA, L'ANY 2005

Durant l'any 2005 la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya ha realitzat les següents sessions científiques:

1. El dia 25 de gener, sessió extraordinària per a la recepció dels acadèmics corresponents estrangers: doctors Misael Uribe Esquivel, Emilio Garcia Procel, Roberto Medina Santillán i Alejandro Mohar Betancourt, els quals van dissertar respectivament sobre els temes: *"Hepatitis C en México y el resto del mundo"*, *"Herencia educativa de la Espanya trasterrada"*, *"Optimización en el uso del praziquantel en el tratamiento de la neurocisticercosis"* i *"Asociación entre la carga viral del virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino en México"*. Aquest acte es realitzà dins del conveni entre la Academia Nacional de Medicina de Mexico i la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya sobre intercanvi d'activitats científiques.

2. El 30 de gener de 2005 solemne sessió inaugural de curs, a l'amfiteatre Gimbernat, amb la lectura de la memòria de secretaria i la lliçó d'obertura de curs, a càrrec del doctor Antoni Caralps i Riera, sobre el tema *"Sobre el paisatge i a propòsit del quadern gris"*. També es feu la cerimònia de lliurament del premis als guanyadors de la convocatòria de 2004.

3. El 13 de març sessió extraordinària per a l'ingrés com acadèmic Numerari del doctor Joaquim Tornos i Mas, que va llegir el discurs preceptiu sobre el tema *"La investigació científico mèdica i el paper del jurista"*. El discurs de resposta escrit pel doctor Josep Laporte, traspassat pocs dies abans, el llegí el secretari general doctor Domènech i Torner.

4. El 3 d'abril de 2005 es presentà el document sobre *"Obstinació Terapèutica"*, del que eren autors Francesc Abel i Jordi Sans-Sabrafen (+), que fou aprovat posteriorment pel ple.

5. El 3 de maig de 2005, sessió de recepció de l'acadèmic corresponent doctor Alberto Sánchez Pueyo, guanyador del premi al millor treball sobre trasplantament publicat l'any anterior, i del que és primer signant.

6. El 10 de maig de 2005 presentació de la pàgina web de l'Acadèmia, a càrrec del doctor Francesc Solé i Balcells, acadèmic numerari, i el senyor Eduard Sánchez i Casals, tècnic informàtic.

7. El 17 de maig de 2005, sessió commemorativa del centenari del naixement del doctor Frederic Duran i Jordà (Barcelona 1905-Manchester 1957), creador del servei de transfusions de sang al front per l'exèrcit de la República. Van participar els doctors Ciril Rozman (que llegí el treball signat pel senyor Josep Carol), Carola Duran Tort, Carles Hervàs i Josep Lluís Ausín i el periodista Lluís Martínez, sotsdirector del suplement dominical del diari Avui.

8. El 23 de maig de 2005, solemne acte de recepció com Acadèmic d'Honor del doctor James D. Watson, premi Nobel

de Medicina de l'any 1962, pels seus treballs sobre l'estructura del ADN i la doble hèlix.

9. El 25 de maig de 2005, acte solemne de creació de l'Acadèmia Internacional de Medicina Perinatal, de la que fou elegit president el doctor Erich Sahling de Berlín, agrupant les tres societats existents sobre aquesta especialitat. Té només trenta membres, representatius de les tres societats fundadores, entre ells l'acadèmic numerari de la RAMC, doctor Àngel Ballabriga.

10. El 31 de maig de 2005, sessió d' *"Homenatge a dos presidents"*, en memoria dels doctors Jordi Sans i Sabrafen, traspassat en el mes de desembre del 2004 , i Josep Laporte i Salas que morí el mes de febrer del 2005. Participaren els acadèmics numeraris doctors Màrius Foz, Josep A. Salvà, Ciril Rozman i Soledad Woessner.

11. El 14 de juny de 2005, curs d'Humanitats, sobre el tema *"El Misticisme"*, organitzat pel doctor Antoni Caralps i Riera, amb intervenció del doctor en Teologia, Joan Carrera, bisbe auxiliar de Barcelona, i del doctor Martí de Riquer, anterior president de la Reial Acadèmia de Bones Lletres de Catalunya. Dissertaren sobre els temes *"El misticisme religiós"* i *"Pere Martínez, místic català del segle XV"*. El doctor A. Caralps va llegir el seu treball sobre *"Aspectes mèdics del misticisme"*.

12. El 21 de juny de 2005, sessió interacadèmica, amb participació conjunta de les Acadèmies de Medicina, Farmàcia i Ciències Veterinàries de Catalunya, sobre el tema *"Antibiòtics: ús i salut"*, amb la intervenció dels doctors: Lluís Salleras, Francesc Gudiol, Angels Calvo i Joaquim Brufau de Barberà.

13. El dimarts dia 25 d'octubre de 2005, col·loqui sobre el tema: *"Hospitalització a domicili"*, organitzat pel doctor Màrius Foz i els ponents doctors: Celestino Rey-Joly, Alfons Cuxart, Oriol Estrada, Glòria Bonet i Cristina Riera.

14. El 25 d'octubre de 2005 presentació del llibre *"La peripècia de la vida i la obra de Miquel Oleo Quadrado. Un metge menorquí del segle XVIII"*, del que es autor el doctor Blai Llopis i Faner. El doctor Quadrado fou acadèmic corresponent en el segle XVIII, amb residencia a Ciutadella. La presentació la va fer el doctor Jacint Corbella, president de l'Acadèmia.

15. El 4 de novembre solemne investidura com Acadèmica d'Honor de la doctora Rita Levi Montalcini, premi Nobel de Medicina l'any 1986, per la seva recerca sobre el factor de creixement del teixit nerviós.

16. El 8 de novembre de 2005 solemne sessió necrològica en memòria dels acadèmics traspassats durant aquest curs, doctors Jordi Sans-Sabrafen, Francesc Garcia Valdecasas, Josep Laporte i Salas i Joaquim Tornos i Solano. Els escrits de record foren llegits pels doctors, Antoni Caralps i Riera Josep Antoni Salvà i Miquel, Jacint Corbella i Corbella i Miquel Torner i Soler.

17. El 29 de novembre col·loqui organitzat pel doctor Josep M. Mascaró, acadèmic numerari, sobre el tema Controvèrsia: *"L'ètica mèdica es mutable o immutable?"* amb la intervenció dels acadèmics numeraris Francesc Abel i Marius Foz, i del doctor Santiago Dexeus.

18. El 26 de novembre de 2005, participació de l'Acadèmia de Medicina, en virtut del conveni de col·laboració subscrit amb l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, en la *"Jornada d'Història de la Medicina de l'Empordà"*, amb la intervenció de diversos acadèmics numeraris i corresponents.

19. El 20 de desembre de 2005, curs *"L'humanisme en medicina"*, organitzat pel doctor Antoni Caralps, amb intervenció de la doctora Victòria Camps, catedràtica d'Ètica de la Universitat Autònoma de Barcelona, que dissertà sobre el tema *"La laïcitat, condició de la bioètica"*; Antoni Caralps, sobre el tema *"Medicina laica"* i Guillem Verger, sobre el tema *"És possible actualment defensar una posició laica de la vida?"*.

ATORGAMENT DE PREMIS

Els premis concedits en el cartell de l'any 2005 han estat els següents:

Medicina i Sanitat Comarcal, al doctor Víctor Marí i Balcells, autor del treball *"Història de la cirurgia catalana al segle XX"*.

Premi de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, a la millor tesi doctoral, al doctor Enric Aragonés i Benaiges, autor del treball *"Estudi dels trastorns depressius a l'atenció primària de salut"*.

Premi de la Fundació Catalana de Trasplantament, al treball *"Angiotensin converting enzyme genotype and chronic allograf nephropathy in protocol biopsies"* del que és primer signant el doctor Miguel Hueso Val.

Ramon Trias i Rubiès
Secretari General

REIAL ACÀDEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

CONVOCATÒRIA DE PREMIS DEL CURS 2006

I. PREMI EN HONOR DE L'ACADÈMIC DR. FRANCESC SALVÀ i CAMPILLO

Tema relacionat amb alguna de les sis seccions de l'Acadèmia:

Ciències bàsiques – Medicina – Cirurgia – Higiene i Medicina Social – Farmacologia i Terapèutica – Medicina Legal, Psiquiatria i Història de la Medicina.

És el premi més antic de l'Acadèmia, atorgat per primera vegada l'any 1792.

II. PREMI DE MEDICINA I SANITAT COMARCALS

Tema: *Estudi de qualsevol aspecte sanitari referit a alguna localitat o comarca de Catalunya.*

III. PREMI DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

Serà concedit a la *millor tesi doctoral* presentada, llegida en alguna de les Facultats de Medicina de Catalunya, dins de l'any natural anterior a la convocatòria del premi.

Caldrà presentar fotocòpia de la certificació del dia de lectura (papereta o altre document).

IV. PREMI DEL DOCTOR LLUÍS SAYÉ

Tema: *Estudi de la vida i obra científica d'algun dels acadèmics numeraris o corresponents de la institució, ja traspassat.*

Aquests quatre premis seran guardonats amb el títol d'Acadèmic Corresponent de la Institució.

V. PREMI DELS PROFESSORS SALVADOR I JOSEP MARIA GIL-VERNET

Tema: *Embriologia, Anatomia, Histologia, Anatomia Patològica, Clínica i Terapèutica urològiques.*

Dotació: Mil dos-cents euros

VI. PREMI DOCTOR ANTONI PUIGVERT i GORRO

Serà concedit a un metge uròleg, de menys de 45 anys, que faci un treball clínic o de recerca, sobre un tema de l'especialitat d'urologia, amb el suport del centre on treballi.

Dotació: Tres mil euros

VII. PREMI DE LA FUNDACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT

Serà concedit a l'autor espanyol que consti com a primer signant del *millor article sobre trasplantament* publicat en el curs de l'any anterior a la data de la convocatòria.

Dotació: Mil cinc-cents euros i títol d'Acadèmic Corresponent.

CONDICIONS GENERALS DELS PREMIS

1. Poden optar-hi tots els titulats en ciències sanitàries o activitats afins, espanyols i estrangers.
2. No poden optar-hi els Membres Numeraris de l'Acadèmia.
3. Els treballs han de ser inèdits.
4. S'han d'enviar, per duplicat, a la Secretaria de l'Acadèmia (carrer del Carme, núm. 47, 08001-Barcelona). El termini d'admissió és fins a les 12 hores del dia 31 d'octubre de 2006.
5. Cada treball ha d'estar identificat únicament amb un lema, i sense que en cap lloc visible hi consti el nom de l'autor, llevat del cas de les tesis doctorals.
6. Junt amb el treball, els autors faran constar la seva identificació personal en un sobre tancat, al davant del qual hi haurà solament el lema. Allí han d'expressar les seves dades d'identificació personal i, en les memòries de tipus clínic o de recerca, la Institució on s'ha fet el treball.
7. Les pliques dels treballs premiats seran obertes en sessió de la Junta de Govern, informant-ne als autors dels treballs premiats. El lliurament del premi es farà en el transcurs de l'Acte d'Inauguració del curs 2007. Les pliques dels altres treballs seran destruïdes sense obrir-les.
8. Els treballs premiats passaran a ser propietat de l'Acadèmia, d'acord amb l'article 39 dels seus Estatuts. Totes les memòries restaran dipositades i conservades a l'Arxiu de l'Acadèmia, sense que cap d'elles sigui retornada.
9. En el cas de que el treball sigui guardonat amb el títol d'Acadèmic Corresponent, aquest es concedirà només al primer signant, o al següent, si l'anterior ja el tenia.

Barcelona, 29 de gener de 2006

Jacint Corbella i Corbella — President

Ramon Trias i Rubiès — Secretari General

Composició de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

JUNTA DE GOVERN

PRESIDENT: Jacint Corbella i Corbella
VICEPRESIDENT: Josep Traserra i Parareda
SECRETARI GENERAL: Ramon Trias i Rubiès
SECRETARI D'ACTES: Manuel Camps i Surroca
TRESORER: Josep. M. Massons i Esplugas
BIBLIOTECARI: Francesc Solé i Balcells
ARXIVER: Joan Uriach i Marsal
VOCAL: Guillem Lopez i Casasnovas
VOCAL: Francesc Domènech i Torné
PRESIDENT D'HONOR: Moisès Broggi i Vallès

ACADÈMICS NUMERARIS

SECCIÓ PRIMERA (FONAMENTALS)
1961 Jordi Gras i Riera (Num. Emèrit)
1978 Domingo Ruano i Gil (President)
1992 Soledat Woessner i Casas
1993 Antoni Cardesa i Garcia
1996 Josep M Doménech i Mateu
Josep A. Bombí Latorre (electe)
Josep Carreras i Barnés (electe))

SECCIÓ SEGONA (MEDICINA)
1974 Àngel Ballabriga i Aguado (President)
1984 Antoni Caralps i Riera
1988 Lluís Barraquer i Bordas
1990 Ciril Rozman i Borstnar
1990 Francesc Vilardell i Viñas
1993 Josep M. Moragas i Viñas
1993 Miquel Torner i Soler
1995 Màrius Foz i Sala
1996 Lluís Revert i Torrellas
1998 Josep M. Mascaró i Ballester
1998 Manuel Cruz Hernández
2002 Lluis Masana i Marin
2002 Joan Rodés i Teixidó
2004 Romà Massot i Punyet
Miquel Vilardell i Tarrés (electe)

SECCIÓ TERCERA (CIRURGIA)
1966 Moisès Broggi i Vallès (President)
1981 Josep M. Gil-Vernet i Vila
1988 Joaquim Barraquer i Moner
1982 Rafael Esteve de Miguel
1990 Josep Traserra i Parareda
1994 Josep M. Caralps i Riera
1995 Josep M. Dexeus i Trias de Bes
1997 Francesc Solé i Balcells
2001 Jesús Gonzalez Merlo
2002 Ramon Trias i Rubiès
2004 Josep Carrière i Pons
2004 Joan Viñas i Salas

SECCIÓ QUARTA (HIGIENE I MEDICINA SOCIAL)
1984 Francesc Climent i Montoliu (President)
1991 Josep Esteve i Soler
1995 Gabriel Ferraté i Pascual
1995 Miquel A. Asenjo i Sebastián
1995 M. Àngels Calvo i Torras
1996 Jordi Vives i Puiggrós
2001 Lluis Salleras Sanmartí
2002 Guillem López i Casasnovas

SECCIÓ CINQUENA (FARMACOLOGIA I TERAPÈUTICA)
1974 Josep A. Salvà i Miquel (President)
1983 Joan Sabater i Tobella
1987 Joan Uriach i Marsal
1998 Francesc Domènech i Torné
2006 Miquel A. Nalda Felipe

SECCIÓ SISENA (MEDICINA LEGAL, PSIQUIATRIA I HISTÒRIA DE LA MEDICINA)
1977 Francesc Puchal i Mas (President)
1985 Jacint Corbella i Corbella
1992 Josep M. Massons i Esplugas
1996 Carles Ballús i Pascual
1997 Edelmira Domènech i Llaberia
1999 Francesc Abel i Fabre
2001 Manuel Camps Surroca
2005 Joaquim Tornos i Mas

ACADÈMICS D'HONOR

1978 Pedro R. David
1983 Andor Szentivanyi
1989 Frederic Mayor i Zaragoza
1996 Valentí Fuster de Carulla
1996 Salvador Moncada
1999 Carles Vallbona
2005 Francesc X. Pi-Sunyer Diaz
2005 James D. Watson
2005 Rita Levi-Montalcini

ACADÈMICS CORRESPONENTS AMB CARÀCTER NAT

Tots els acadèmics numeraris de les R.R.A.A. de Medicina de l'Estat

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER PREMI

1951 Ignasi Ponce de León i Castell
1951 Gaspar Alomar i Guinart
1951 Josep M. Masriera i Sagalés

1952 Juan Jiménez-Castellanos i Calvo-Rubio
1954 Fèlix Pumarola i Busquets
1954 Carles Soler i Durall
1954 Felip Bastos i Mora
1955 Francesc Salamero i Reymundo
1960 María de la O. Rodríguez López
1960 Frederic Corominas i Beret
1962 Pere Costa i Batllori
1964 Pedro Páramo González
1964 José de Portugal Álvarez
1964 Antoni Subias i Fages
1965 José M. Usandizaga Pombo
1967 Antoni Rodríguez i Torres
1968 Pere de March i Ayuela
1969 Antoni Secanell i Sala
1970 Josep M. Capdevila i Mirabet
1971 María Beltrán i Dubon
1972 August Corominas i Vilardell
1973 Antoni Bayés de Luna
1974 Jaume Guàrdia i Massó
1974 Carles Ibáñez Fina
1977 Joan L. Vives i Corrons
1978 María Teresa Jiménez de Anta i Losada
1978 Carles Piqué i Vidal
1982 Cristóbal Zaragoza Fernández
1983 Bartomeu Nadal i Moncadas
1984 Elisabeth del Amo i Laforga
1984 Francesc X. Cabañes i Saenz
1984 Gerard Martí i Rodríguez
1985 Josep Vidal i Tort
1989 Roser Monforte i Martínez
1990 Joan Faig i Garrober
1991 Margarida Luna i Descalzo
1992 Manuel Escudé i Aixelà
1992 Conrad Curtó i Soler
1993 Miquel Vilardell i Ynaraja
1993 Josep M. Campistol i Plana
1994 Rafael Albiol i Molné
1994 Daniel Montañà i Buchaca
1994 Carles Esteve de Miguel i Honour
1995 Manuel Gené i Badia
1995 Nicolau Barquet i Esteve
1996 Joan Ribas i Deix
1997 Josep Ramis i Pujol
1997 Ramon Balius i Matas
1997 Joan Figueras i Felip
1998 Cristina Gutiérrez i Fornés
1998 Vicenç Martí i Claramunt
1999 Eduardo Garrido Marín
1999 José M. Morales Cerdán
2000 Jordi Pau i Roigé
2000 Xavier Gonzalez i Compta
2000 Emilio Fernández Espejo
2001 Josep M. Llovet i Bayer
2002 Josep L. Ausín i Hervella
2002 Josep Traserra i Coderch
2002 Josep M. Cruzado i Garrit
2003 Nuria Lloberas i Blanch
2003 Francesc Salamero i Prat
2004 Alfons Fernàndez i Sabaté
2004 Mª Carme Agramunt de Gràcia
2004 Letícia Fernàndez i Zabalegui
2005 Francesc Vera Sempere
2005 Julià Farré Sostres
2005 Albert Sànchez Fueyo
2006 Víctor J. Marí i Balcells
2006 Enric Aragonés i Benaiges
2006 Blai Llopis i Faner
2006 Miquel Hueso i Val

ACADÈMICS CORRESPONENTS PER ELECCIÓ

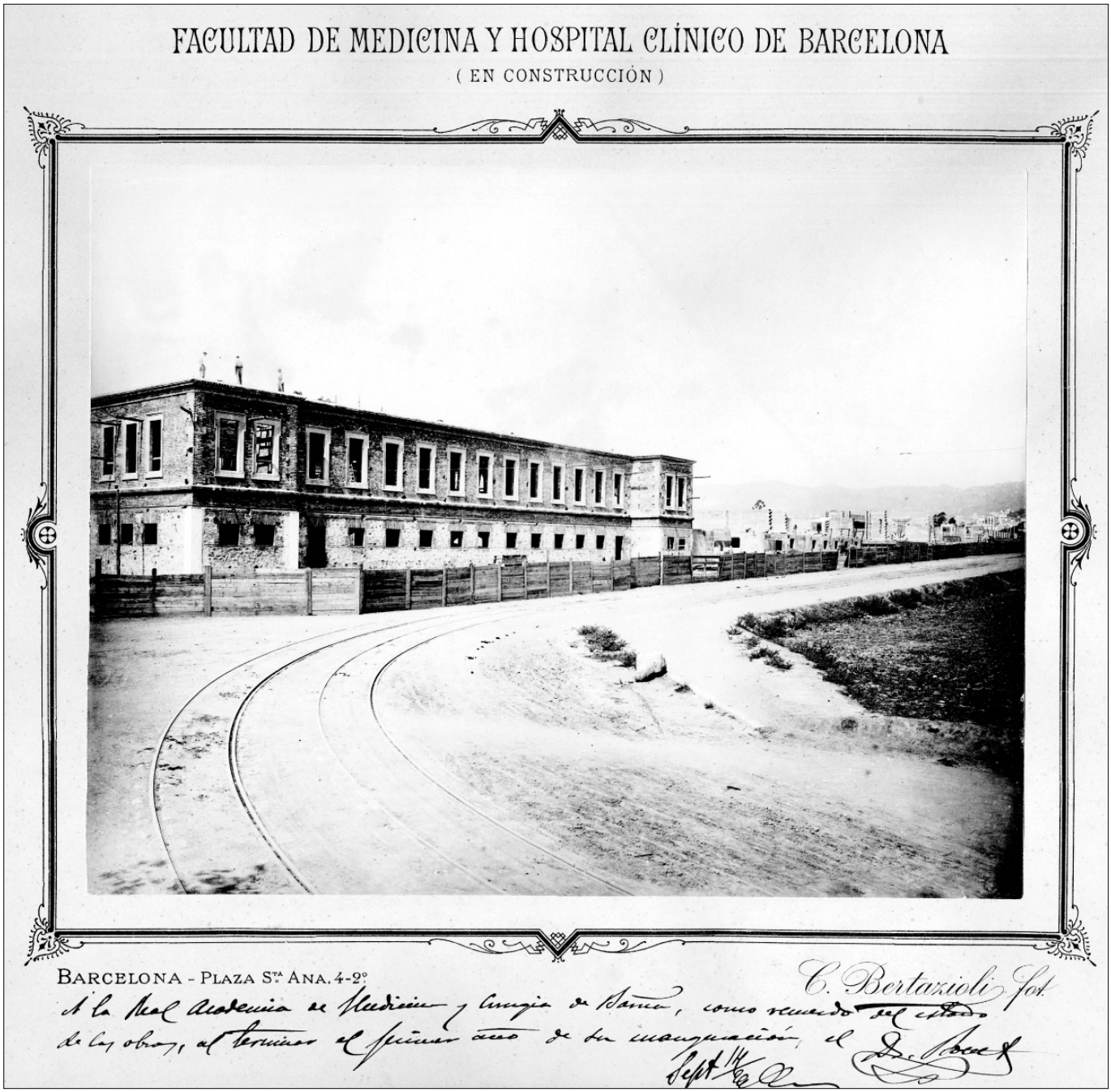
1948 Víctor Salleras i Linares
1949 Josep M. Biel i Casals
1952 Carles Oliveras de la Riba
1953 Jaume Vall i Bañeras
1960 Santiago Tintoré i Ferrer
1977 Manuel Carreras i Padrós
1977 Isidre Claret i Corominas
1977 Santiago Ripol i Girona
1977 Guillermo Suárez Fernández
1979 Josep Ramon Armengol i Miró
1979 Ramon Jordi i Gonzàlez
1979 Josep Maria Calbet i Camarasa
1979 Jaume Palou i Monzó
1979 Xavier Piulachs i Clapera
1980 Ignasi Aragó i Mitjans
1983 Alfred Arruga i Forgas
1983 Francesc Barnosell i Nicolau
1983 Abelard Guarner i Vila
1983 Gabriel Gili i Cirera
1983 Maria Teresa Ribera i Martí
1983 Josep M. Suñé i Arbussà
1984 Juan Carlos García-Valdecasas i Salgado
1984 Felip Cid i Rafael
1988 Lluís Tresserra i Llauradó
1990 Ramon Balius i Juli
1990 Maria Teresa Gallart i Gallart
1990 Joaquim Gironella i Coll
1990 Josep Lluís Martí i Vilalta
1990 Eulàlia Planas i Domingo
1990 Margarida Puig i Riera de Conias
1990 Antoni Nadal i Valldaura
1990 Lluís Daufí i Moreso
1992 Marc A. Broggi i Trias
1992 Eduard Tolosa i Sarró
1992 Ramon Calsapeu i Cantó
1992 Josep Tomàs i Cabot
1992 Simeó Selga i Ubach
1992 Josep M. Sànchez i Ripollès
1992 Francesc Jané i Carrencà
1992 Cosme Gay i Escoda
1992 August Moragas i Redecilla
1992 Josep Costa i López
1993 Manuel Ribas i Mundó
1993 Manuel Galofré i Folch
1993 Antoni Gallardo i Ballart
1993 Ramon Segura i Cardona
1994 Miquel Ingelmo i Morín
1994 Adolf Pou i Serradell
1994 Manuel García-Valdecasas i Salgado
1994 Josep Temprano i Acedo
1994 Carles E. Torner i Baduell
1994 Oriol Casassas i Simó
1994 Xavier Forn i Dalmau
1994 Emili Huguet i Ramia
1994 Manuel Camps i Clemente
1994 Josep L. Domingo i Roig
1994 Ferran García-Bragado i Dalmau

1994 Lluís Guerrero i Sala
1994 Pere Pardo i Serret
1994 Pompeu Pascual i Busquets
1996 Carles Besses i Raebel
1996 Santiago Dexeus i Trias de Bes
1996 Ernest Mallat i Desplats
1996 Marc Mayer i Oliver
1996 Josep Ramon Navarro i Carballo
1996 Eduard Padrós i Fradera
1996 Pau Umbert i Millet
1998 Josep Carreras i Barnés
1998 Agustí Codina i Puiggrós
1998 Celestino Rey-Joly i Barroso
1998 Carles Hervàs i Puyal
1998 Josep M. Ustrell i Torrent
1998 Lluís Ferrer i Caubet
1998 Antoni Concellon i Martinez
1998 Josep M. Llobet i Mallafré
1998 Jaume Bech i Borràs
1998 José M. López i Gómez
1998 Francesc X. Buqueras i Bach
1999 Ignasi Balaguer i Vintró
2000 Francesc González i Sastre
2000 Jordi Setoain i Quinquer
2000 Mercè Durfort i Coll
2000 Josep M. Grau i Veciana
2000 Sergi Serrano i Figueras
2000 Jordi Obiols i Llandrich
2000 Julio Vallejo i Ruiloba
2001 Veronica Piera i Lluch
2001 Lluís Bohigas i Santasusagna
2001 Nolasc Acarin i Tusell
2003 Pere N. Barri i Ragué
2003 Lourdes Florensa i Brichs
2004 Rafael I. Barraquer i Compte
2004 Joan Castell i Conesa
2004 Emili Montserrat i Costa
2006 Andreu Prat i Marín
2006 Ferran Mascaró i Ballester
2006 Antoni Esteva i Cruella
2006 Francesc Cardellach i Lòpez
2006 Josep M. Costa Molinari
2006 Josep A. Pujante i Conesa
2006 Josep M. Carrera Macià
2006 Albert Jovell Fernàndez

ACADÈMICS CORRESPONENTS ESTRANGERS
(Elegits des de 1970)

1972 Albert Oehling (Alemanya)
1972 Joseph Radermecker (Bèlgica)
1972 Victor Soriano (Uruguai)
1973 Arturo Achard (Uruguai)
1973 Roberto Caldeyro Barcia (Uruguai)
1973 Dietrich W. Comberg (Alemanya)
1973 Salvatore Donati (Itàlia)
1974 Jorge-Ricardo Salazar (Argentina)
1977 John Brunedell (Regne Unit)
1977 Carlos Heredia García (R. Dominicana)
1979 Aldo Enrique Imbriano (Argentina)
1981 Monique Sage (França)
1983 Pedro Simón Rahal (Xile)
1983 Francis Tayeau (França)
1983 Alberto Emilio Fontana (Argentina)
1983 José Daniel Luis Minoprio (Argentina)
1983 Giovanni Pende (Itàlia)
1984 Javier Arias-Stella (Perú)
1985 Jacques Reynier (França)
1986 J. Stewart Cameron (Regne Unit)
1986 Jacques Dubarry (França)
1987 M. Carmelo Martínez (Mèxic)
1988 Dominique Droz (França)
1988 Kay Clawson (EUA)
1988 Horacio Rodríguez Castells (Argentina)
1989 Jean Berger (França)
1989 Herman E. Berrios (Regne Unit)
1990 Diego De Caro (Itàlia)
1990 Albert Esconville (Bèlgica)
1991 Victor Espinosa de los Reyes Sánchez (Mèxic)
1991 Francisco Durazo Quiroz (Mèxic)
1991 Antonio Fraga Mouret (Mèxic)
1991 Manuel Velázquez Juárez (Mèxic)
1991 Filippo M. Ferro (Itàlia)
1991 Marie Claire Gluber (França)
1992 Alfredo D. Bonsignore (Itàlia)
1992 Sergio B. Curri (Itàlia)
1992 Liberto J. Di Dio (EUA)
1992 Adolfo Martínez Palomo (Mèxic)
1993 Ian A. D. Bouchier (Regne Unit)
1993 Paul Fleury (França)
1993 José M. García de Valdecasas Rath (Mèxic)
1993 Emilio Barragán Hernández (Mèxic)
1993 Ricardo P. Cabral (Portugal)
1994 Carlos Campillo Serrano (Mèxic)
1994 Pelayo Vilar Puig (Mèxic)
1995 Anthony S. Fauci (EUA)
1998 Alfredo Kohn-Longarica (Argentina)
1999 Maurizio Luca-Moretti (Itàlia)
1999 Fabio A. Cabrera Polanco (R. Dominicana)
1999 Meinhard Claasen (Alemanya)
2000 Eduardo A. Santiago Delfín (Puerto Rico)
2000 Josep García Llauradó (EUA)
2000 Fernando Mañé Garzón (Uruguai)
2000 Enrique Wolpert (Mèxic)
2000 Antoine Dhem (Bèlgica)
2001 José Aristodemo Pinotti (Brasil)
2001 Concepcio Brandt-Casadevall (Suïssa)
2001 Miguel E. Cabanela (EUA)
2002 Julio Everardo Sotelo Morales (Mèxic)
2002 José Ramon de la Fuente (Mèxic)
2003 Rafaello Cortesini (EUA)
2004 Otto Dörr Zegers (Xile)
2004 Héctor Pérez-Rincón García (Mèxic)
2005 Misael Uribe Esquivel (Mèxic)
2005 Emilio Garcia Procel (Mèxic)
2005 Roberto Medina Santillán (Mèxic)
2005 Alejandro Mohar Vetancourt (Mèxic)
2005 Luis A. Díez (EUA)
2005 Ana Kaminski (Argentina)
2005 Roque Sáez (Xile)
2006 Erich Sahling (Alemanya)

L'Arxiu Iconogràfic Històric de la Sanitat Catalana 'Gaspar Sentiñón'



Vista de l'Hospital Clínic i la Facultat de Medicina als inicis de la seva construcció cap a l'any 1896. Aquesta fotografia la va regalar el doctor Joaquim Bonet i Amigó a la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Barcelona.
(Fotografia: AIHSC - Fons RAMC)

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

FUNDACIÓ PERE VIRGILI

Patrons Fundadors

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears
Banc de Sabadell
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Dr. Antoni Esteve
Fundació Espriu
Fundació Mèdica Catalana
Fundació Puig
Fundació Uriach 1838
Nestlé España S.A.

Membres Honorífics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
CETIR Grup Mèdic
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacéutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Grup Bristol Myers Squibb
Laboratoris Astra
Laboratoris Fardi S.A.
Sanofi Winthrop S.A.