

# BUTLLETÍ mèdic

Hospitals  
2001  
LLEIDA

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 31 · Novembre de 2001

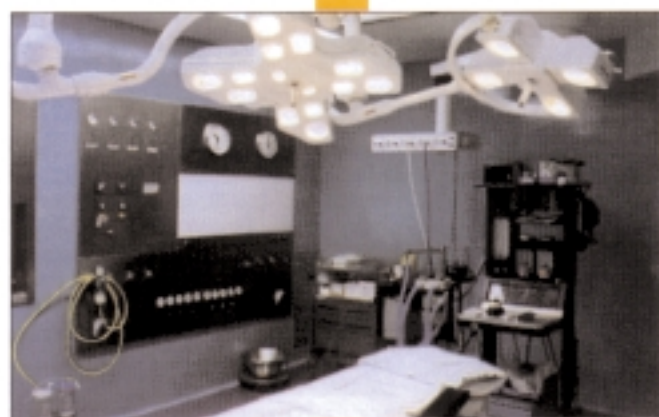


**Lleida, centre  
de debats sanitaris**





- ANÀLISIS CLÍNQUES
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
  - ✓ Eco-Doppler
  - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
  - ✓ Doppler computeritzat
  - ✓ Eco-Doppler vascular
  - ✓ Reconeixements cardio-vasculars
  - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÒPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
  - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
  - ✓ Radiografia
  - ✓ Ecografia
  - ✓ Mamografia
  - ✓ Ecocardiograma
  - ✓ Doppler
- TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- UROLOGIA



## NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



HABITACIONS INDIVIDUALS  
LLIT AUTOMATITZAT  
GASOS MEDICINALS  
LLIT PER A L'ACOMPANYANT  
TELÈFON  
TV  
BANY COMPLET  
CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00  
a Lleida des de 1917

Número 31, novembre del 2001

### Edita:

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

### Consell de Redacció:

Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Ignasi Casado Zuriguel  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M<sup>a</sup> Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñasal Pujol  
Ferran Pifarré San Agustín  
Joan Prat Corominas  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Teresa Utges Nogués  
Joan Viñas Salas

### Director:

Joan Flores González  
Edició a cura de:  
Magda Ballester. Comunicació

### Disseny i Maquetació:

Baldo Corderroure

### Correcció:

Dolors Pont

### Publicitat:

COML

### Fotomecànica:

Euroscript, SL

### Impressió:

Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-842/1996

ISSN: 1576-074 X

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

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per insercions al  
Butlletí Mèdic (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	120.000 PTA
1 Contraportada interna	80.000 PTA
4 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	400.000 PTA
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	50.000 PTA
Preu total insercions:	300.000 PTA
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	25.000 PTAS
Preu total insercions	150.000 PTA

Els fotollits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

## Debats sanitaris

La ciutat de Lleida ha estat aquesta tardor el centre de dos importants debats sanitaris: el Segon Congrés d'Atenció Primària i el Fòrum d'Hospitals 2001. Aquestes dues trobades, complementàries l'una de l'altra, han desvetllat l'interès dels professionals per la problemàtica i la pràctica de les ciències de la salut en els àmbits hospitalari i extrahospitalari.

L'elecció de Lleida per part de l'ICS per celebrar el congrés significa un reconeixement públic de la preocupació per millorar la qualitat assistencial que viuen els diferents estaments sanitaris locals i comarcals (metges, infermers, llevadors, odontòlegs, informàtics, treballadors socials, personal no sanitari...). A la vegada, l'èxit de participació –més de 1.800 persones– demostra que l'elecció de l'ICS ha estat encertada.

Paral·lelament, el Col·legi Oficial de Metges ha organitzat per primera vegada a la seva història un fòrum d'hospitals per estudiar la problemàtica que hi ha en aquest entorn i buscar alternatives més eficaces i satisfactòries per al col·lectiu sanitari. Després d'aquesta primera experiència positiva, el COML té la voluntat de donar-hi continuïtat.

Des del *Butlletí Mèdic* desitgem que aquestes trobades no siguin fets aïllats, sinó que animin els professionals a organitzar altres debats en un futur immediat.



### sumari

#### Ètica i assistència

Drs. Antoni Mateu i Joan Viñas  
PÀGINA 4

#### Nutrició enteral a domicili

Drs. Rodríguez, Schoenenberger i Zapata  
PÀGINA 10

#### Jornades PAIMM

Dr. Josep Maria Sagrera  
PÀGINA 22



Fotos: Ais Fotografia i Miquel Flores



# Ètica personal versus ètica institucional

Antoni Mateu i Serra · Delegat territorial a Lleida.  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

La consciència de la professió mèdica es formalitza, des de temps immemorials, en un codi ètic molt valuós per regular la relació individual metge-malalt. Aquest codi s'ha mantingut invariable en els seus principis fonamentals al llarg del temps i nombroses societats i organitzacions mèdiques l'han recollit i adaptat a les circumstàncies de cada moment i situació.

A tall d'exemple, el Comitè Central Mèdic d'Ètica de la Universitat de Stanford va publicar al *New England Journal of Medicine* (1988: 318; 25-30) un sumari sobre el tema, on s'identifiquen sis principis ètics bàsics comunitat acceptats.

La preservació de la vida és, obviament, un d'aquests principis bàsics, que sovint ve moderat per una segona norma, l'al·leugeriment del patiment. Un tercer és el precepte que els metges en principi no perjudiquen (*primum, non nocere*). Una quarta màxima fa referència a la preservació de l'autonomia del pacient, i s'hi inclou el respecte a la capacitat de decisió de l'individu. El cinquè principi fonamental és un concepte de justícia, que suposa tractar amb honestat els pacients: el bé del malalt és la guia de les decisions i propostes del metge. El darrer aforisme proposat és dir la veritat.

Sovint, però, resulta difícil per al professional de la medicina establir un línia d'actuació que permeti respectar simultàniament tots sis principis. Alleugerir el patiment pot entrar en contradicció amb dir la veritat (o tota la veritat). Respectar l'autonomia del pacient es pot restringir si es considera que el pacient està limitat per saber quins són els seus veritables interessos. En aquests casos, la solució generalment adoptada és relativitzar els principis sobre una base racional. Ara bé, si els sis preceptes esmentats són relatius, metges igualment conscients poden, en ocasions, estar en desacord sobre el comportament que s'ha de seguir a l'hora de prendre una decisió o dur a terme una actuació particular.

En definitiva, la bondat dels principis ètics esmentats està fora de

- Els drets individuals inviolables s'enfronten als inestimables beneficis socials de la medicina

dubte, però en determinades situacions, la pràctica obliga a relativitzar-los i a triar la prioritització que cada metge creu més adequada a les circumstàncies en què es troba.

## Ètica institucional

La intervenció pública en l'àmbit de la sanitat està inspirada per la idea bàsica de garantir que l'accés a la salut sigui, almenys fins a cert punt, independent de la situació econòmica dels individus. Aquest és un fonament ètic d'equitat.

En la majoria dels països avançats el sector públic ha establert un esquema ampli de protecció sanitària que, en última instància, es tradueix en el fet que paga una part substancial de les despeses mèdiques que tenen els ciutadans. A Europa, la despesa pública suposa entre el 75% i el 90% de la despesa total (pública i privada) en sanitat. Els Estats Units, amb un model diferent, tenen una menor participació pública, però fins i tot en aquest cas la cobertura pública suposa el 41,4% de la despesa total en sanitat.

Ara bé, per què es decideix la intervenció pública en salut i no es decideix la intervenció en altres àmbits? Què fa radicalment diferent la salut d'altres béns preuats per la societat que no comporten una cobertura pública? Un cop més, la resposta s'ha de buscar en un principi ètic: a les societats democràtiques tots els individus són moralment iguals.

Aquesta igualtat moral està per sobre de qualsevol consideració

individualista i confereix a les persones el dret que es respecti la seva vida, la seva dignitat i que se'ls proporcioni un marc en què puguin desenvolupar els seus plans de vida. A diferència d'altres béns, uns nivells mínims de salut són essencials per conservar la vida i poder desenvolupar els plans vitals. És a dir, en el cas de la salut, ens trobem davant d'un bé necessari i no d'un bé desitjable. Per tant, la provisió pública de sanitat només es justifica en la mesura que garanteix a tots els individus un accés a la salut que sigui suficient per conservar la vida i desenvolupar el seu potencial humà.

Això no significa, tanmateix, que tothom hagi de consumir la mateixa quantitat d'atencions mèdiques, perquè no totes les atencions serveixen igualment per a aquests objectius. La cobertura que protegeix funcions bàsiques dels individus, com per exemple el tractament de malalties que puguin afectar la vida o altres funcions vitals, és més important que la cobertura de determinades intervencions de cirurgia estètica o la dotació dels hospitals d'amples comoditats hoteleres. La lògica que fonamenta la provisió d'atencions mèdiques suggereix que, com a mínim, la cobertura pública haurà de ser suficient per garantir les capacitats bàsiques de la població.

Obviament, el sector públic pot donar una cobertura més àmplia que el mínim indicat, però haurà de basar-se en principis diferents com l'altruisme o la benevolència. És una situació similar al cas de l'ensenyament, on els principis que justifiquen que l'ensenyament bàsic sigui gratuït i obligatori són diferents als que justifiquen la forma i abast de la intervenció pública en l'ensenyament superior.

La intervenció de les institucions en la salut es regeix pel mateix codi ètic que la medicina. Pretén preservar la vida, alleugerir el patiment, minimitzar el risc de dany, respectar els desitjos dels pacients, dir la veritat i assegurar que la distribució de l'assistència sanitària sigui justa i equitativa.

Els espectaculars avenços en la pràctica mèdica, en els darrers decennis, han sobrepassat la capacitat de les institucions per generar recursos reals extra per emparar-los. Com que els recursos globals són limitats i escassos, cal valorar la importància que es dona a l'objectiu salut davant d'altres que té el sector públic, com ara la provisió d'educació o la construcció de carreteres i l'assoliment de compromisos satisfactoris.

Conflicte entre ètica individual i institucional

El conflicte entre les dues ètiques es planteja en dos àmbits. Un primer punt de desacord sorgeix de la concepció individual o col·lectiva dels objectius. Mentre en un cas, tradicionalment, el metge es planteja fer tot el possible per la salut del pacient que té al davant, les institucions públiques busquen maximitzar la qualitat de vida de la comunitat (de tots els ciutadans en conjunt). Malauradament, sovint el millor per a cadascú individualment no coincideix amb el que és millor per a la comunitat globalment considerada.

Un segon aspecte conflictiu es deriva de la limitació (inevitable) dels recursos. Atès que no es poden fer totes les coses que són beneficioses, és necessari un equilibri en els interessos dels diferents pacients (o potencials pacients), fet que comporta comptabilitzar els costos i els beneficis de totes i cadascuna de les decisions que es prenguin. És a dir, fer explícits els motius que justifiquen una determinada intervenció mèdica. Aquest plantejament és considerat per alguns metges com un comportament contrari a l'ètica, perquè incorpora consideracions econòmiques. A més, es pot argumentar que limita les actuacions en un cas concret atempta contra la llibertat clínica.

En el fons, es contraposen els valors ètics basats en la virtut i el sentit del deure a l'ètica fonamentada en el bé comú. O si es vol, s'enfronten "els drets individuals inviolables del pacient o el metge" contra "els inestimables beneficis socials de la medicina".

Com en la majoria de conflictes, la solució no és senzilla ni única. D'una banda, cal assegurar que els recursos siguin suficients per garantir les capacitats bàsiques de la població, ja que no seria entenedora una cobertura parcial (dels individus o de les capacitats) quan simultàniament s'atenen necessitats menys fonamentals.

Pel que fa al segon nivell de cobertura, caldrà determinar quin és el criteri que s'utilitza per assignar i consumir recursos. En aquest cas, no sembla desencaminat incorporar el principi del bé comú a l'hora de prioritzar.

Sigui quin sigui l'escenari de futur, aquest serà comú a tots els països del nostre entorn. Sortosament, el conflicte en ètica, com es posava de manifest a l'inici d'aquest article, no és una cosa nova, sinó que forma part intrínseca de la seva naturalesa. Adaptar els principis ètics a la realitat és clau per garantir-ne la validesa. Altrament, prescindir-ne suposaria acabar amb la base de l'humanisme i aquest és un preu que no ens podem permetre pagar.

# Assistència sanitària gratuïta i de qualitat garantida per la Constitució

Dr. Joan Viñas Salas · President de la Comissió de Deontologia del COML

L'assistència sanitària en el nostre país és un dret garantit per la Constitució. La seva gratuïtat és un pilar bàsic de l'estat del benestar que la societat té com una fita aconseguida si valora la solidaritat. Es considera injust que una persona malalta no sigui atesa amb la màxima qualitat possible per manca de recursos econòmics. Això, com les pensions, dona seguretat als ciutadans.

La qualitat de vida del món occidental ha augmentat progressivament en els darrers 30 anys, en els quals els descobriments científics i tècnics han sofisticat l'assistència sanitària i l'han fet més cara, amb un increment exponencial del cost sanitari, ja que a part de perllongar l'esperança de vida de les persones, amb les malalties de l'edat avançada apareixen noves patologies.

Als professionals sanitaris se'ns exigeix alta qualitat assistencial. Els malalts són cada vegada més cultes, coneixen les millors possibilitats de guarició de les seves malalties, comencen a navegar per Internet i a saber les dades de qualitat dels diferents centres sanitaris i països dins d'un món globalitzat, per la qual cosa no accepten un tractament insuficient o de menor qualitat, ja que ho consideren una injustícia i ho denuncien i reclamen esperonats per les promeses polítiques que sempre parlen de millora de la qualitat del sistema sanitari públic i gratuït.

## Reacció dels professionals

Els professionals sanitaris que treballem en contacte amb el malalt coneixem les seves necessitats i les nostres possibilitats de millorar el seu estat de salut, que depenen de les nostres capacitats, de la disponibilitat de temps assistencial i de si s'apliquen uns mitjans tècnics i terapèutics apropiats.

Massa vegades reclamem aquests mitjans tècnics i la resposta dels

gestors i responsables polítics és que no hi ha prou recursos en el pressupost; que no poden contractar els infermeres, els metges ni els altres professionals de la salut que caldria, ni comprar el material necessari, a més a més fan contractes escombraria als professionals en atur. Alguns pateixen la mateixa angoixa que els professionals assistencials encara que no vegin malalts: els agradaria poder satisfer les necessitats dels malalts, però no tenen recursos i depenen sempre d'un superior jeràrquic que els exigeix el compliment del pressupost, restringir despeses de personal, de compres i de farmàcia, i han d'aconseguir la "satisfacció del client" i la "pau social" dins el centre.

Com reaccionem els professionals sanitaris davant aquesta manca de mitjans, davant un treball en males condicions, estressats més del que ens correspon pròpiament ja que estem en contacte amb el sofriment i la mort?

- Un nombrós grup es defensa posant-se una cuirassa quasi impermeable per veure's afectat al mínim, "s'escaquegen" tant com poden i es busquen la vida i les satisfaccions a fora.

- Excepte en comptades ocasions en què alguna associació de facultatius, algun col·legi de metges o, aïlladament, algun professional denuncia aquesta manca de mitjans per treballar bé -fet que provoca enrenous i acusacions per l'atreviment-, la majoria callen i es converteixen en còmplices del sistema, i molesten amb reclamacions "a canvi" que tampoc no se'ls molesti. No cal posar exemples de com es recorre a la imaginació per improvisar un material o un tractament alternatiu al de la medicina basada en proves: haver d'apuntar els malalts en llistes d'espera sense saber quan els tocarà, fer les consultes sense dedicar el temps mínim necessari, forçar altes, visitar en passadissos a Urgències, sense fer educació



sanitària ni atendre les necessitats en salut holística del malalt i dels familiars, etc. Hi ha manca d'incentius per als qui treballen més i millor, fet que els desincentiva en comprovar que estan considerats igual i cobren igual que els que no ho fan.

- Alguns gestors i polítics ens acusen de malgastadors i de ser culpables de les cues. En un col·lectiu tan nombrós com el dels professionals de la salut, no hem de ser ingenus i creure que tots som bons i actuem bé. Evidentment que pot ser que alguns "s'aprofitin" de la situació i mirin massa per a ells en detriment del pressupost i del rendiment social. Es queixen del poc que guanyen en justícia equitativa (responsabilitat comparada amb altres professionals i en què els metges de l'Estat espanyol som els pitjor pagats d'Europa) i no col·laboren en l'eficiència del sistema. Per això el Codi de Deontologia ens exigeix no ser malgastadors i ser fidels al malalt, primer, i també al centre on treballem.

Es diu que els professionals de la salut patim el *burn out síndrome*, que estem més o menys cremats i que tenim un malestar crònic, que provoca fins i tot baixes per malalties físiques o psíquiques. Algun estudi apunta que una de les causes és haver claudicat èticament en defensa de la professionalitat i del malalt i haver-nos convertit en "doble agent", ja que escatimen recursos al malalt.

Com es pot sortir d'aquesta situació? Com es pot mantenir i augmentar la qualitat del sistema sanitari públic que tenim la fortuna de gaudir? Com es pot ser auster, gens malgastador, fer una medicina de qualitat i tenir el mínim nombre de complicacions i mortalitat, amb estàndards europeus i nord-americans? Com es pot ser solidari, tenint en compte el criteri de justícia i al mateix temps el de no maleficència, i tractar simultàniament de seguir al màxim el d'autonomia i el de beneficència?

#### Propostes d'actuació

Crec que és molt important que els professionals sanitaris continuem sent aliats dels malalts. Uns aliats fidels i agraïts per la confiança que diàriament dipositen en nosaltres, ja que ens deixen envair la seva intimitat i posen la seva salut i vida en les nostres mans. Per això proposo, de manera esglaonada, les següents actuacions:

1. No s'ha d'enganyar mai el malalt. Se li ha d'exposar el seu problema amb la màxima consideració possible, comprendre les seves pors i emfatitzar amb ell.

2. Cal actuar sempre èticament i humanament i aplicar els coneixements científics i les habilitats clíniques actualitzades per la formació continuada (encara que ens costi diners –cosa que no hauria de passar en els professionals que tenim dedicació exclusiva). No s'ha de sobredimensionar un problema ni gastar un euro de més si s'aconsegueix el mateix resultat –no és necessari fer medicina defensiva–. S'ha de fer autoanàlisi de la qualitat assistencial i dels propis resultats, i demanar auditories internes (en sessions de qualitat assistencial compartides amb els companys) i

### Una de les causes del 'burn out' és haver claudicat èticament en defensa de la professionalitat i del malalt

externes (amb companys d'altres centres). Cal complir els horaris, rendir eficientment en la jornada laboral (encara que ens considerem mal pagats, però és el contracte que hem signat) i avantposar els interessos del malalt als propis sense prioritzar en l'atenció la promoció professional, la fama, els diners, la investigació, el currículum, sinó el fet que cada malalt és un fi.

3. No hem de "cremar-nos" en el treball i hem d'evitar el mal humor, ja que així no arribarà al malalt, ni als familiars, ni als companys de treball. S'ha d'ajudar a crear i mantenir un ambient saludable i alegre a la feina. La nostra professió és molt bonica i d'alta responsabilitat.

4. No s'ha de callar si necessitem un mitjà del qual no disposem. Cal demanar-lo oficialment i per escrit amb còpia segellada a la direcció mèdica i a gerència (per comprometre'ls també en el problema i sensibilitzar-los), i avisar el malalt, en cas necessari, que hem de posposar una prova diagnòstica o un tractament perquè ell i la seva família en siguin coneixedors i es moguin també per aconseguir-lo.

5. Si el malalt entra en una llista d'espera, cal dir-li el temps que considerem màxim perquè no pateixi un empitjorament del seu estat de salut.

6. S'han de comunicar les incidències per escrit amb còpia segellada a

les direccions mèdica i d'infermeria i a gerència per facilitar-los el coneixement dels fets i la recerca de les solucions (la manca d'informació és un mal crònic en els centres).

7. Cal comunicar als col·legis professionals de metges i infermeria aquestes incidències amb periodicitat suficient i demanar que actuïn les seves juntes directives.

8. S'han de comunicar al delegat provincial i, si no s'arreglen, als nostres representants dels diferents partits polítics, aquestes accions i incidències per tal que tinguin informació per adaptar millor la legislació a favor del ciutadà i puguin informar-

lo de l'abast dels recursos que aprova el Parlament. Gràcies a la democràcia ho podem fer i és la nostra obligació de ciutadans responsables donar-los suport (com anar a votar cada quatre anys, que no ha de ser l'únic que fem).

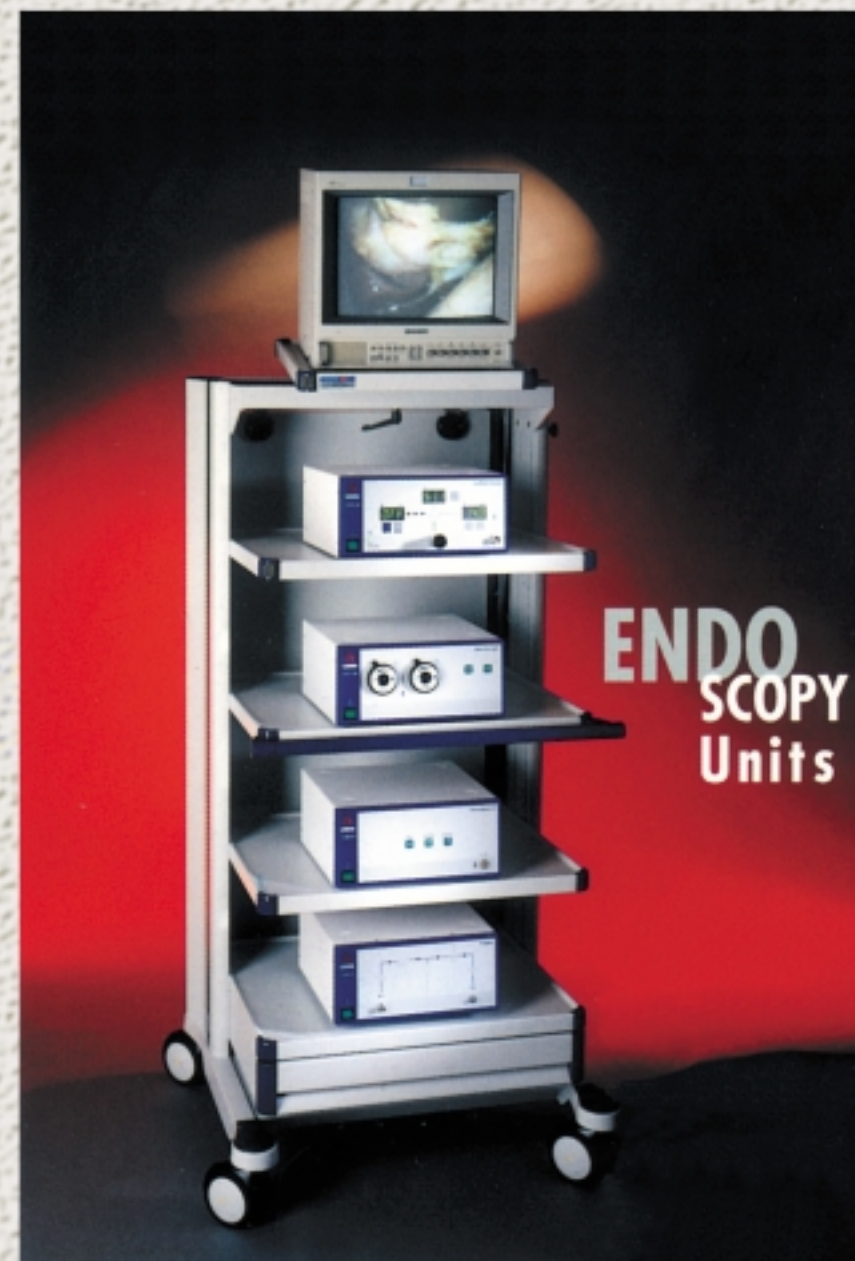
Considero que si seguim aquests consells - que, per altra banda, no és res més que aplicar els nostres codis deontològics - recuperarem la salut laboral; a poc a poc anirà desapareixent aquest estrès de "no arribar a cobrir les necessitats i de sentir-se malament perquè no s'ha fet el millor per al malalt", i tampoc no haurem arribat a la "pau dels cementiris", a claudicar i deixar el malalt sol i que sigui ell qui protesti (no oblidem que quan estem malalts estem dèbils i no tenim forces per reclamar i que, algun dia, ens tocarà a nosaltres).

Junts, professionals de la salut i malalts, podem impedir que s'enfonsi el sistema sanitari del nostre país, dels millors del món en qualitat i en equitat, que no es torni a la injustícia de les dos medicines, una de rics –els que tenen bons padrins, o els que se la poden pagar, o els que pateixen una malaltia interessant– i l'altra, la dels pobres –els que han de patir excessives esperes, o els que no tenen suficient suport sanitari quan estan ingressats perquè no poden pagar-se una persona que els

**MTB**  
DISTRIBUCIONES  
TECNOLOGICAS, S.L.

# Especialitzats en equips endoscòpics

ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,  
Aparell Digestiu, Neonatologia,  
Pediatría, Cirurgia Abdominal



- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

**Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia**

AL SEU SERVEI A:

Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 38  
25006 Lleida  
Telèfon: 973 221 020  
Fax: 973 220 709  
E-mail: mtb@mhe.es



# Mètodes matemàtics i estadístics per a ciències de la salut

El Grup de Bioestadística i Biomatemàtica del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida treballa, des de la seva creació fa ja deu anys, en la recerca de mètodes matemàtics i estadístics d'interès per a ciències de la salut.

Textos: Albert Sorribas, Joan Segarra, Jaume March, Javier Trujillano i José María Muñoz · *Grup de Bioestadística i Biomatemàtica. Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques. Facultat de Medicina de la UdL*

El grup, des del punt de vista docent, s'encarrega també de l'assignatura de bioestadística de la llicenciatura de medicina i de diferents assignatures de doctorat i postgrau en ciències de la salut.

Les tècniques estadístiques són fonamentals per poder analitzar les dades de qualsevol estudi mèdic, des d'enquestes de salut fins a complexos assaigs clínics passant per tota mena d'estudis epidemiològics. Atesa la complexitat de molts d'aquests estudis, el paper dels especialistes en estadística és fonamental per assegurar-ne una anàlisi correcta.

El nostre grup incorpora especialistes lligats a la pràctica mèdica de manera que podem donar un suport adient a cada cas. Així, hem col·laborat amb diferents grups de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida i dels Hospitals Arnau de Vilanova i Santa Maria en el disseny i l'anàlisi d'assaigs clínics i en la implantació pràctica de mètodes estadístics avançats. En tots aquests casos, el nostre grup aporta una llarga experiència en l'aplicació de tècniques estadístiques per interpretar-ne els resultats des del punt de vista del professional mèdic.

Per altra banda, col·laborem des de ja fa anys amb l'Ajuntament de Lleida en diferents estudis de salut a la població de la nostra ciutat. D'aquests estudis, que inclouen el seguiment estadístic de les vacunacions als infants, les estadístiques de natalitat, l'anàlisi de dades de creixement i de revisions medicoesportives, volem destacar els referents a l'anàlisi de causes de mortalitat a la nostra ciutat. Aquest projecte, que es va iniciar l'any 1993 i que es desenvolupa, com tots els

anteriorment esmentats, en el marc d'un conveni entre la Paeria i la Universitat de Lleida, fa un seguiment de les causes de mortalitat a la nostra ciutat a partir de les dades de les butlletes de defunció.

Aquestes dades són validades i processades pel Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya que les fa arribar al Servei de Salut de l'ajuntament de Lleida. L'estudi permet conèixer les característiques de la nostra ciutat pel que fa a les causes de defunció i facilita la identificació de situacions anòmales. En aquest sentit, els resultats d'aquestes anàlisis són molt importants com a guia per a l'actuació preventiva a Lleida. Els resultats principals es poden consultar a la pàgina web de la Paeria en l'apartat de salut pública.

Paral·lelament a tota aquesta activitat, el nostre grup té diferents línies de recerca fonamental. Per una banda, treballem en la recerca de nous mètodes de representació de dades en aplicacions com pot ser l'estimació de corbes estàndard de creixement, en l'avaluació de criteris diagnòstic en la

pràctica clínica i en l'establiment d'interval de referència per a paràmetres clínics. Per l'altra, ens hem especialitzat en l'aplicació de models matemàtics en l'estudi de processos metabòlics i hem desenvolupat eines matemàtiques per poder caracteritzar i analitzar aquests processos amb l'objectiu de conèixer les seves propietats i poder estudiar-ne les causes de diferents patologies.

En aquest àmbit, el nostre grup té un reconeixement internacional i ha col·laborat amb diferents universitats estrangeres, com ara la Universitat de Michigan i la Medical University of South Carolina.

Els models matemàtics són una eina cada cop més utilitzada en molts camps, especialment en l'àmbit de l'enginyeria. Tot i que el seu ús en la biomedicina no és molt estès, comença a ser evident que en molts casos cal recórrer a models matemàtics si volem comprendre situacions complexes. L'actual esclat de la bioinformàtica és un aspecte d'aquesta problemàtica.

La ingent quantitat de dades que resulten de l'aplicació dels mètodes moderns de la genòmica i la proteòmica, fa que sigui necessari utilitzar eines d'anàlisi que, més enllà de la pròpia intuïció, permetin extreure la informació clau en cada cas. En aquest sentit, el proper pas és la integració de tota

◆ *L'enginyeria utilitza cada cop més els models matemàtics*

◆ *Els simuladors seran eines fonamentals per a la medicina*

aquesta informació en models matemàtics que permetin estudiar les propietats globals de conjunts de gens i la seva integració funcional amb la resposta fisiològica. És en aquest punt on s'inscriu l'activitat de recerca del nostre grup en aquest camp.

En un futur immediat, estudiarem com hem d'aprofitar les dades d'expressió de gens, proporcionades pels anomenats xips de DNA, en comprendre la resposta d'una cèl·lula a diferents situacions de canvis sobtats en el seu entorn.

En estudiar aquestes situacions hem d'aprendre com s'han d'interrelacionar dos nivells diferents d'estudi del

problema per tal de donar una visió de conjunt que permeti entendre els aspectes clau. Amb això, esperem desenvolupar eines de càlcul que permetin estudiar, més endavant, situacions relacionades amb processos patològics en l'ésser humà. Aquest és un repte de futur en l'aplicació de la genòmica i representa la propera frontera en aquest camp.

El desenvolupament de teràpies basades en el tractament individualitzat de cada pacient en funció de l'anàlisi genòmica es beneficiarà de la possibilitat de disposar de models matemàtics que integrin la regulació gènica i la resposta fisiològica per tal de poder avaluar els efectes del tractament. Aquests models es podran fer servir com a bancs de proves per al desenvolupament de fàrmacs específics, així s'estalviaran riscos als pacients i s'abaratirà el procés de recerca de les teràpies individualitzades.

Això pot semblar, en part, ciència-ficció. Cal recordar, però, que aquestes tècniques són estàndard en el desenvolupament de nous aparells com poden ser cotxes i avions. Avui, els simuladors basats en models matemàtics són una eina fonamental en la indústria, i el procés de disseny de nous aparells és impensable sense l'ús d'aquestes tècniques de simulació. En un futur, també ho serà en l'àmbit de la medicina.

Naixements segons el lloc on es produeix el part

Any de naixement	Araucà		Empordanès		Algarra		Montsonor		Altres		Total de grup	
	Naixuts	%	Naixuts	%	Naixuts	%	Naixuts	%	Naixuts	%		
1990	766	72,6%	41	3,9%	138	12,4%	83	7,8%	37	3,5%	1065	100,0%
1991	780	87,1%	54	6,1%	151	13,0%	88	7,4%	51	4,4%	1152	100,0%
1992	787	71,0%	64	5,7%	127	11,0%	75	6,8%	36	3,4%	1109	100,0%
1993	724	78,6%	36	3,8%	108	11,6%	84	9,2%	52	5,7%	1025	100,0%
1994	732	71,3%	50	4,9%	98	9,5%	37	3,5%	57	5,6%	1034	100,0%
1995	738	88,8%	41	3,9%	111	10,0%	88	8,0%	48	4,7%	1028	100,0%
1996	770	78,0%	51	5,0%	87	8,5%	81	8,1%	55	5,4%	1028	100,0%
1997	824	88,2%	33	3,2%	73	6,8%	83	8,2%	48	4,7%	1028	100,0%
1998	782	77,7%	21	2,1%	88	7,3%	88	8,8%	64	6,4%	1025	100,0%
1999	812	78,0%	35	3,0%	78	7,5%	88	8,8%	55	5,4%	1048	100,0%
2000	844	78,2%	22	2,0%	83	7,5%	84	7,8%	75	6,9%	1108	100,0%
Total de grup	8888	73,8%	838	6,8%	1102	9,0%	880	7,2%	802	6,2%	11987	100,0%

Naixements per any

Any de naixement	Nens		Nenes		Total de grup	
	Naixuts	%	Naixuts	%		
1990	553	52,3%	504	47,7%	1057	100,0%
1991	558	52,5%	563	49,5%	1121	100,0%
1992	578	52,2%	530	47,8%	1108	100,0%
1993	508	49,8%	517	50,2%	1025	100,0%
1994	514	50,1%	512	49,9%	1026	100,0%
1995	502	56,9%	407	44,1%	909	100,0%
1996	536	52,2%	490	47,8%	1026	100,0%
1997	525	51,1%	503	48,9%	1028	100,0%
1998	526	52,2%	491	47,8%	1017	100,0%
1999	562	54,0%	479	46,0%	1041	100,0%
2000	582	52,5%	526	47,5%	1108	100,0%
Total de grup	6075	52,2%	5872	47,8%	11947	100,0%

Estudi de la salut de la població de Lleida a la pàgina web de l'Ajuntament

Omega Longines Raymond Weil Xemex Gucci S.T. Dupont Tag Heuer Tissot Alfex Mont Blanc Calvin Klein

## Joies úniques

De la serie "Geometrics",  
anell d'or groc i or gris d'aliació especial,  
amb dos diamants de talla princesa.

**DERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida i Ramon Llull, 1 · Tel. 973 24 53 96 · 25008 Lleida · Pàrquing Blondel Gratuït



# Nutrició enteral a domicili: L'experiència de Lleida

Nombroses malalties –tant les que afecten el tub digestiu com altres que afecten altres òrgans– alteren negativament, amb relativa freqüència, el funcionament del tub digestiu, la qual

cosa fa que l'alimentació normal per via oral sigui impossible. En aquests casos, és absolutament necessari el suport nutricional artificial. La tècnica més utilitzada és la nutrició enteral (NE).

Textos: Drs A. Rodríguez Pozo, J. A. Schoenenberger i A. Zapata Rojas\* · Unitat de Nutrició Artificial. Hospital Arnau de Vilanova. Facultat de Medicina. Universitat de Lleida. \*Carburos Metàlics

Avui en dia, una bona proporció dels malalts hospitalitzats rep algun tipus de nutrició artificial. La tècnica de suport nutricional artificial més emprada és la nutrició enteral (NE), àmpliament utilitzada arreu del món. Efectivament, la NE s'ha anat utilitzant cada vegada amb més profusió a partir dels anys cinquanta i seixanta, i en les darreres dècades la seva utilització en l'àmbit hospitalari ha sigut molt àmplia.

Però en els últims temps, el gran avenç de la medicina i de la cirurgia i la utilització de sofisticades tècniques de suport vital han permès que molts malalts amb malalties que abans eren incurables ara puguin curar-se o millorar en gran manera, en conseqüència s'aconsegueixen supervivències de vegades molt llargues.

Molts d'aquests malalts –malalts oncològics, amb malalties neurològiques vasculares i degeneratives, neuroquirúrgics, postoperats de cirurgia maxil·lofacial, otorinolaringològica, esofàgica, gàstrica, pancreàtica, intestinal, etc.– requereixen amb certa freqüència algun tipus de suport nutricional, quasi sempre a llarg termini.

Fins fa poc temps, la nutrició enteral d'aquests malalts es feia als hospitals, la qual cosa comportava greus problemes al sistema sanitari (ocupació d'un bon grapat de llits de llarga estada) i als usuaris mateixos (hospitalització obligada durant llargs períodes, de vegades tota la vida). Però, des de fa uns anys, la NE es pot fer a domicili, nutrició enteral a domicili (NED), la qual cosa ofereix nombrosos avantatges, tant pel que fa al sistema sanitari com als malalts mateixos i als seus familiars (taula 1).



Sondes i ostomies per a la nutrició enteral dels malalts

Nutrició enteral a domicili de Lleida

Abans del programa NED, la nutrició enteral dels malalts crònics i de llarga estada a Lleida es feia als hospitals, amb la qual cosa ocupaven un llit de

manera permanent durant molt de temps. Això comportava problemes logístics, cada vegada més freqüents, de disponibilitat de llits hospitalaris. També en la medicina primària es feia nutrició enteral a algun tipus de malalt, especialment en pacients amb alimen-

tació oral que resultava difícil i insuficient: era el que es coneixia per *suplements dietètics*.

El programa nutrició enteral a domicili de Lleida va començar oficialment l'1 de novembre de l'any 1996. A partir d'aquesta data, la nutrició enteral dels

## Taula 1. Avantatges de la nutrició enteral a domicili

PER AL SISTEMA SANITARI	PER ALS MALalts I FAMILIARS
Allibera llits hospitalaris	Millora la qualitat de vida
Escurça l'estada mitjana	El malalt roman al seu entorn habitual
Disminueix infeccions hospitalàries	Millora psicològica i humana
Disminueix costos	Facilita la tasca de cura i control familiar
	Millor disponibilitat familiar

## Taula 2. Diagnòstics per grups orgànics

DIAGNÒSTICS	CASOS	PERCENTATGE %
Malalties digestives	12	17,9
Malalties neurològiques	25	37,3
Neoplàsies	12	17,9
Malalties cardiocirculatories	5	7,4
Milcel·lània	13	19,4

## Taula 3. Diferents esquemes nutricionals

GRAU D'EXCLUSIVITAT DE LA NUTRICIO ENTERAL	ASSOCIACIONS DIETÈTIQUES	
Dieta completa	59 casos	Dieta mixta (aliments+suplements) 8 casos
Suplements dietètics	19 casos	Dietes mixtes (2 dietes enterals) 4 casos



La nutrició enteral es combina en alguns casos amb la ingesta d'aliments

malalts crònics i de llarga estada va passar a fer-se al seu domicili, juntament amb aquells que necessitaven suplementos orals. Per portar-la a terme es va crear una estructura organitzativa (*unitat mixta empresa privada / unitat de nutrició artificial*), que en

aquell moment va ésser la primera d'aquestes característiques a Catalunya i una de les primeres a tot Espanya.

Estructura i components

## Taula 4. Diferents tipus de dietes utilitzades

DIETA	Nº PACIENTS
Alitraq	1
Cubitan	2
Dietgrif st	4
Edanec	7
Elemental 028	1
Ensini	1
Ensure	6
Impact	1
Isosource	9
Jevity	9
Meritene	1
Osmolite	6
Pediasure	6
Pentadrink	4
Pentapudding	7
Pentaplus	1
Pentaset st	3
Precitene	1
Resource	6
Suplena	2

L'estructura del Programa NED de Lleida és la d'una unitat mixta empresa privada de serveis/unitat de nutrició artificial.

L'empresa privada de serveis s'encarrega d'aportar les dietes i el material necessari per al seu funcionament, i fa la posada en marxa i el seguiment diari a domicili i transtелефonic dels malalts.

La unitat de nutrició artificial té al seu càrrec rebre les peticions, analitzar-les i avaluar-les, fer la prescripció i programar els controls nutricionals adients.

Els components d'aquest programa són: un infermer expert en nutrició, que pertany a l'empresa privada i que es dedica *full time* al programa, i un metge i un farmacèutic experts en el tema nutricional, que pertanyen a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i formen part de la comissió de nutrició, que es dedica parcialment al programa.

Esquema de funcionament

L'esquema de funcionament del sistema és molt senzill (figura 1), i el podem resumir de la següent manera:

1) Els metges dels hospitals i els d'assistència primària sol·liciten l'ingrés dels seus malalts mitjançant un formulari que se centralitza en el Servei de Farmàcia.

2) Els membres de la unitat de nutrició avaluen la petició i fan la prescripció de la dieta i la via i l'esquema de

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



nutrició adients, i ho comuniquen a l'empresa de serveis.

3) El personal d'infermeria contacta amb el malalt, aporta la dieta i el material necessari, fa la posada en funcionament, i instrueix el malalt i / o familiars en el maneig i cura del material i deixa un telèfon de contacte les 24 hores al dia per a qualsevol dubte o problema que es pugui donar.

4) Els membres de la comissió de nutrició, conjuntament amb el personal d'infermeria, programen les visites i contactes, fan l'estudi nutricional i els controls clínics i bioquímics, avaluen de manera periòdica l'evolució nutricional del malalt i fan les actuacions i correccions oportunes en cas de complicacions.

Experiència i resultats del programa

**Casuística**

Des del seu començament fins a l'actualitat, s'han tractat un total de 222 malalts, 125 dels quals eren homes i 97 dones. Al 31 de maig de 2001, hi havia en tractament actiu 67 persones, 34 homes i 33 dones, amb una edat mitjana de 61,2 anys (límits 3 i 82 anys).

La major part dels malalts que actualment romanen en el programa han ingressat en els últims anys (1999, 2000 i 2001), però encara hi ha malalts dels anys precedents (1998, 1997 i fins i tot un malalt que va ingressar l'any 1996).

Això significa que hi ha alguns malalts que porten quasi ben bé 5 anys vivint gràcies a l'alimentació enteral a casa seva, és a dir, alimentats artificialment i sense ingerir cap tipus d'aliment (figura 2).

**Diagnòstics**

La patologia que motiva la nutrició enteral a domicili és nombrosa i variada. En la taula 2 es recullen els grups diagnòstics més freqüents. Com es veu, les malalties neurològiques, digestives i neoplàsiques són les més predominants.

**Ambit d'actuació**

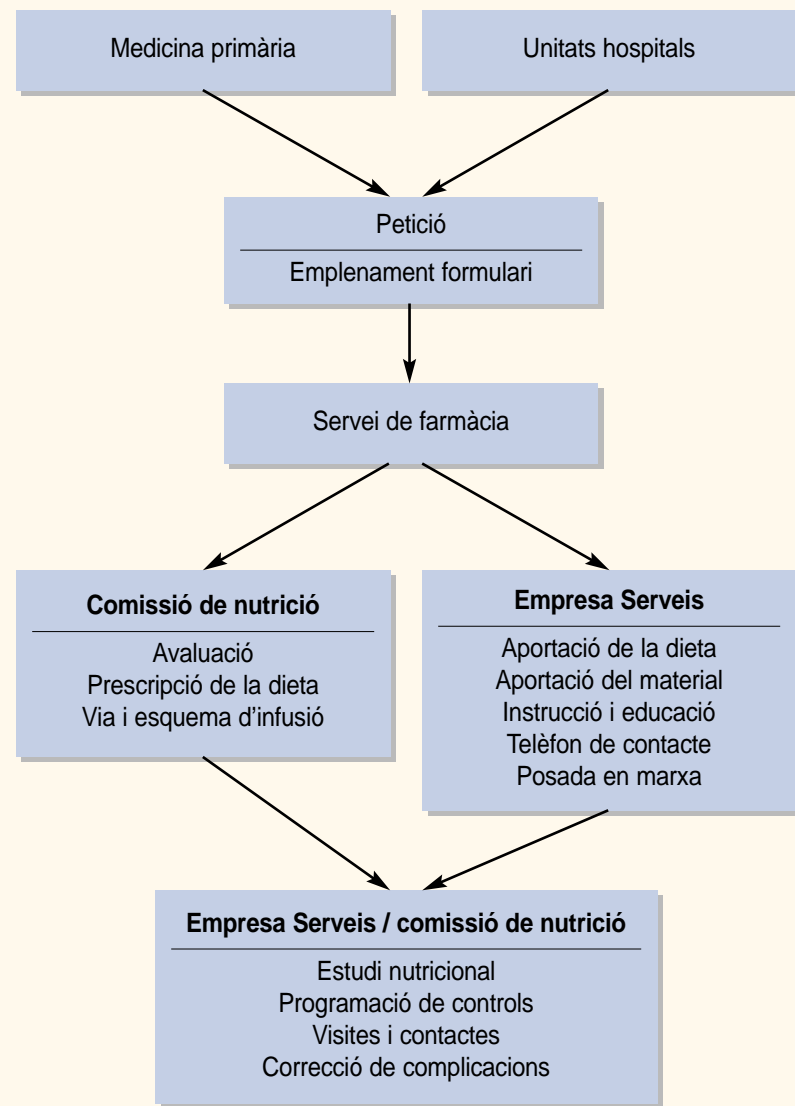
El programa de NED cobreix tota la demarcació de l'àrea sanitària de Lleida. La major part dels malalts es localitzen a Lleida capital, a la comarca del Segrià i comarques adjacents, però hi ha i hi ha hagut malalts en llocs tan variats i llunyans com Alfarràs, Fraga, Cervià de les Garrigues, Vinaixa, Tàrraga, Bellpuig, Guimerà, Adràll, la Pobla de Segur, les Esglésies i Canejan.

**Vies i dietes**

Tant les vies i les formes d'administració de la nutrició enteral a domicili com el tipus de dieta emprada varien molt.

La gran i variada oferta de dietes i sistemes que ens proporciona la indústria farmacèutica i biomèdica fan

**Figura 1. Esquema del funcionament del programa NED-Lleida**



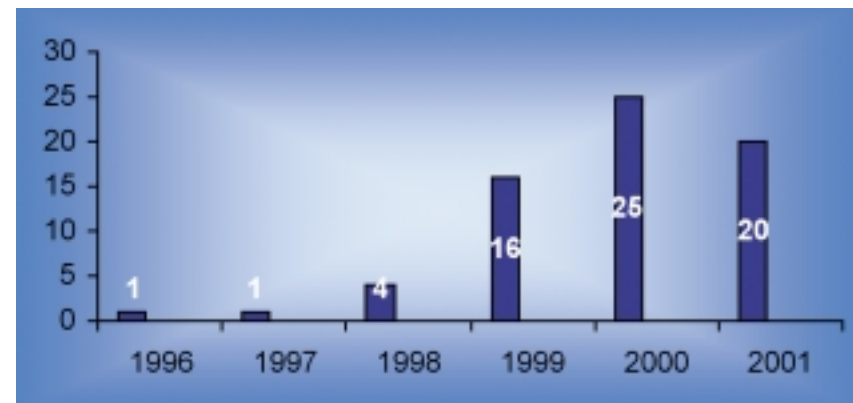
possible una nutrició enteral ajustada a la patologia i a les necessitats de la major part dels malalts, és a dir, quasi ben bé és possible una nutrició personalitzada.

S'han utilitzat fins a 20 dietes diferents en els malalts; la nutrició s'ha administrat tant per via oral com per

sondes i ostomies i s'ha fet nutrició enteral exclusiva, combinada amb la ingesta d'aliments i, de vegades, dues o més dietes combinades (taules 3 i 4, i figura 3).

Conclusions

**Figura 2. Antiguitat del malalts actuals en el programa**



En cinc anys s'han tractat 222 malalts a Lleida, 125 homes i 97 dones

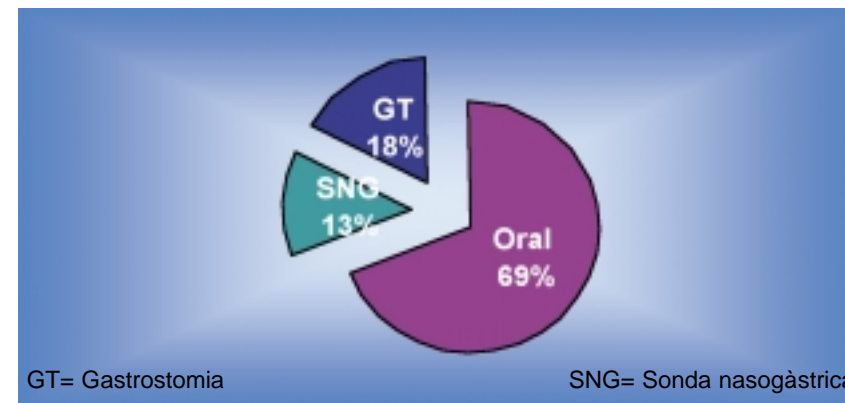
La nutrició enteral és una modalitat de nutrició artificial que es pot fer al mateix domicili on viu el pacient. Per tal que la nutrició sigui completament eficaç i segura i no suposi riscos innecessaris per als malalts, la nutrició enteral a domicili ha de fer-se de manera controlada per un equip de

persones expertes.

El fet de poder fer-se amb completa garantia té enormes efectes beneficiosos i avantatges tant pel que fa al sistema sanitari com als malalts i les seves famílies.

El programa NED que es desenvolupa a Lleida té una experiència ja de 5

**Figura 3. Vies d'administració de la nutrició enteral**



anys i en el seu inici va ser un dels pioners de Catalunya i d'Espanya. D'aquest sistema s'han beneficiat un bon nombre de malalts, als quals s'ha aconseguit donar una correcta nutrició en el seu entorn habitual i s'ha augmentat considerablement la seva qualitat de vida, i a les famílies, a les quals s'ha rellevat de la dura tasca de la cura de malalts crònics ingressats en els hospitals. Aquest programa ha suposat per al sistema sanitari un alliberament de llits hospitalaris (al voltant de 30-40), la qual cosa es tradueix en una molt important disminució de la despesa econòmica.

El programa ha aconseguit un bon nivell d'eficàcia i nosaltres seguim apostant per una atenció de qualitat en la nutrició enteral domiciliària.

Per això, és important difondre al màxim dins del món sanitari les possibilitats reals que ofereixen aquest tipus de programes. Especial interès han de tenir els hospitals i clíniques de la nostra ciutat, els hospitals comarcals, i els principals CAP de la nostra àrea sanitària.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1- Celaya, S. "Vias de acceso en nutrición enteral". Multimedia SA. Sant Cugat, 1995.
- 2- De Cos Blanco, A.; Gómez Candela, C. i Iglesias, CI. "Nutrición artificial a domicilio". A: Celaya Pérez, S. (ed.). *Tratado de nutrición artificial*. Toms I i II. Pàg. 611. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998.
- 3- Esteban, A.; Ruiz Santana, S.; Grau, T. "Alimentación enteral en el paciente grave". Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1994.
- 4- Nofuentes, G.; Gómez Barreno, J.L. "Nutrición enteral". A: Ginestal Gómez, R.J. *Libro de texto de Cuidados Intensivos*. Toms I i II. Pàg. 837. ELA-ARAN. Madrid, 1991.
- 5- Ordóñez González, J.; Miján de la Torre, A. i Celaya Pérez, S. "Equipos de soporte nutricional. Unidades de nutrición". A: Celaya Pérez, S. (ed.). *Tratado de nutrición artificial*. Toms I i II. Pàg. 321. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998.
- 6- Pérez de la Cruz, A.J.; Orduña Espinosa, R.M. "Complicaciones de la nutrición enteral. Controles". A: Celaya Pérez, S. (ed.). *Tratado de nutrición artificial*. Toms I i II. Pàg. 161. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998.
- 7- Civeira, E.; Espeleta, M.D.; Ortín, L. i Vallejo, L. "Concepto, indicaciones y técnica de la nutrición enteral". Grupo Aula Médica, SA. Madrid, 1995.



# Un cas d'intrusisme a Lleida a mitjan segle XVIII

Textos: Drs. Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

L'intrusisme o l'exercici d'activitats professionals dutes a terme per persona no autoritzada legalment ha estat, és i probablement seguirà sent un fet que ha preocupat moltes professions i, entre altres, la nostra.

Des del punt de vista estrictament acadèmic, i dins dels plans d'estudi tradicionals del nostre país, l'intrusisme ha format part de la matèria pròpia de la medicina legal. Primer, durant molt temps, gairebé passava desapercbut entremig de les línies del gran tema de la responsabilitat dels metges, que els autors escrivien com a lliçó independent, extensa i important. Solament citaven alguna que altra disposició legislativa, o merament reglamentària, que recordava que la responsabilitat dels metges també podia ser atribuïda a l'intrusisme. Per exemple, en el llibre de Ramon Ferrer i Garcés, editat el 1847, llegim: *Los médico-cirujanos, médicos, cirujanos, sangradores o parteras que ejercieren su profesión sin el competente título, sufriran por la primera vez la multa de cincuenta ducados, etc.* Una altra situació: *Ningun profesor de medicina o de cirugía podrá entrometerse a visitar enfermo alguno que se halle a cargo de otro, a no ser de acuerdo con este, o que fuese elegido por los interesados, después de haberse enterado del estado del paciente por medio de una junta*.

Amb el pas dels anys, la lliçó de l'intrusisme es va anar separant del tema de la responsabilitat mèdica fins arribar a adquirir, com actualment, plena independència. Ara constitueix, des del punt de vista de la medicina legal, la base essencial del capítol que parla de l'exercici legal de la medicina.

Aquesta progressiva separació va comportar també una ampliació del contingut, ja que el metge o l'estudiant de medicina van deixar de ser els principals o gairebé únics intrusos inclosos en els llibres de text. Ara hi ha altres professions allunyades de l'estret perí-

metre de la medicina oficial que també hi estan implicades: curanderos, herboristes, òptics, dependents de farmàcia, etc.

Però si tirem més enrere i ens situem abans de l'any 1843, data que marca l'inici a Espanya de les càtedres de medicina legal com a disciplina autònoma, independent de la cirurgia, amb la creació de la primera a Madrid per Pere Mata i la publicació dels primers tractats sobre la matèria, com l'esmentat de Ferrer i Garcés, ens adonem que la implicació d'aquestes professions foranes devia ser un fet corrent en el nostre entorn.

Així, molt lluny del segle XIX i aquí a Lleida, vam tenir ocasió d'estudiar dos casos d'intrusisme. Un corresponent a l'any 1399, en què una dona pagesa coneguda amb el nom de Ginera amb la pràctica de la cirurgia provocà unes seqüeles importants en dos dits de la mà dreta d'un assaonador. Van intervenir en el peritatge, ordenat pel Tribunal de Justícia, els batxillers en medicina, mestres Exemeno Gavi i P. de Lugalbe, i el mestre barber G. Martí.

L'altre cas, de l'any 1486, també resol't pel mateix Tribunal de Coltellades, es refereix a l'especier Johan Mongay, el qual va ser condemnat a un mes de presó pel fet d'haver tractat la malaltia d'un pastor d'origen gascó i haver-li provocat la mort a l'hospital General de la ciutat. Els mestres cirurgians de l'Hospital que van informar, Diego Cuticho i Johan Mon, van atribuir la mort a una hidropesia iatrogènica. A més, les declaracions del barber Gabriel Tàrraga i del metge Pere Lebo sobre altres conductes intruses de Mongay, van fer acabar de decidir al Tribunal la sentència condemnatòria.

Un tercer cas és el motiu d'aquest treball d'ara. Es tracta de l'actuació del Col·legi de Metges i Cirurgians de



L'església de Sant Joan i, tot just davant, la casa on va morir el veterinari Josep Vergés.

1600, també es feia referència a l'intrusisme en l'article 13, on es deixava clar que cap mestre cirurgià o aprenent de cirurgià no podia atendre malalts d'un col·lega sense el permís d'aquest.

— . . . —

Els dies 22, 23 i 24 d'octubre de 1754, van tenir lloc a la notaria d'Ignasi Soldevila i a requesta del Col·legi de Metges i Cirurgians, les declaracions dels familiars i dels cirurgians que van intervenir en les curacions dels malalts que havia visitat Vergés. Aquestes relacions ens permeten conèixer els motius de les queixes dels malalts i el diagnòstic, pronòstic i tractament de les seves malalties, però no la decisió del Col·legi amb la corresponent penalització del veterinari. Passem, per tant, a relatar les vuit actes notariales que es van produir en aquest cas d'intrusisme.

- La primera queixa la van fer el cordoner Pablo Moliné i el pagès Joseph Cortés. Tres anys abans, la muller del primer, Gertrudis, va patir *la enfermedad de una coagulation de leche de un pecho* i atès que el veterinari li va assegurar la curació amb pocs dies, va posar la malalta a les seves mans. Els medicaments que li va aplicar al pit la van empitjorar, motiu pel qual el va haver d'acomiar.

Joseph Cortés manifestà que feia cosa d'un any la seva muller Theresa va patir la mateixa malaltia que Gertrudis i també va haver d'acomiar el veterinari pel mateix motiu i confiar la malalta a les mans del mestre cirurgià Salvador Vidal, el qual la va curar en pocs dies. Després, els macips de l'apotecari originari d'Alfés, Joseph Miret, on li dispensaven els medicaments, li van dir que *si no la huyes sacado de sus manos en breve tiempo habria muerto*.

- La segona queixa la va fer Anna Maria Rosell, muller del paleta Joseph Rosell, la qual va manifestar que el mes de juny a la seva filla Magdalena Rosell se li va desgraciar un braç mentre jugava amb altres noies. Vergés li va diagnosticar una *dislocación* i li va aplicar *unas unturas y un emplastro de linosa y otras cosas* que no recordava. Al cap de pocs dies, *le ató unas cañas al brazo haciendose lo traer largo por espacio de mas de un mes y medio, aplicandole en el intermedio de este tiempo algunos emplastros*. Però veient que la filla empitjorava li va dir a Vergés *que le sacase las cañas*, el qual ho va fer i li va tornar a aplicar els medicaments inicials i li va ordenar que portés el *braso tendido*. Com que tampoc millorava, al cap de dos o tres

◆ **Amb els anys, la lliçó de l'intrusisme es va separar del tema de la responsabilitat mèdica**

◆ **La implicació de professions foranes devia ser un fet corrent en el nostre entorn**

Lleida contra el veterinari Josep Vergés, a partir d'una sèrie de queixes de diversos malalts descontents del seu treball. Aquest veterinari procedia d'Almudèvar (Aragó), lloc on havia nascut l'any 1698. Casat amb Joana Borgoños, exercí a Lleida, on va morir el 26 d'agost de 1758 a la casa del notari Joseph Pocerull, just davant de Sant Joan. Un fill seu, Llorens, va seguir el mateix ofici i és probable que també un nét.

Com dèiem, en el cas que relatem –amb un total de vuit queixes–, va ser el Col·legi de Metges i Cirurgians qui va posar en marxa la persecució contra el veterinari. El Col·legi, mitjançant el seu sindic o bé el seu prior, el mestre cirurgià Salvador Vidal dels porxos de Sant Joan, requeri el notari i escrivà públic de Lleida, Ignacio Soldevila, perquè fes l'acta dels fets que se li imputaven a Vergés a partir de les declaracions extrajudicials dels familiars dels malalts i dels cirurgians que els van atendre.

No sabem del cert qui va portar la iniciativa de la persecució de l'intrús. És possible que els malalts, descontents de les cures del veterinari, ho

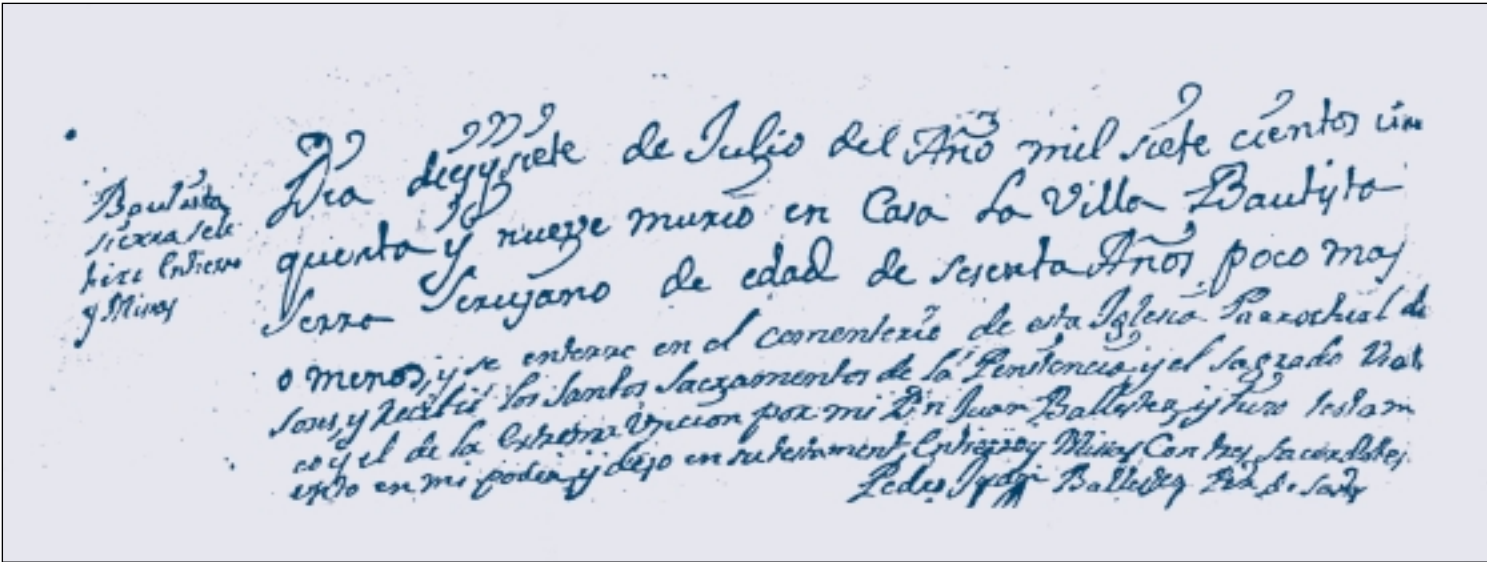
denunciessin directament al Col·legi sense passar pel Tribunal de Justícia, com es feia també en aquestes situacions.

Però hi ha un fet que ens indueix a pensar que fou directament el Col·legi, sense la queixa prèvia dels malalts, el que va iniciar el procés contra Vergés com a persona intrusa de la cirurgia. En efecte, Josep Vergés consta inscrit en la seva partida de defunció com a *mestre albeitar y sirurgia* (4). Però al document notarial que estudiem, solament consta com a *albéitar de esta ciudad*, sense el càrrec afegit de cirurgià<sup>5</sup>. Per tant, era o no era cirurgià? Pel capellà que signà la defunció sí que ho era, però pel Col·legi no. En tot cas, si en realitat ho era, el Col·legi per perseguir-lo com a intrús necessitava un fonament que l'hem de buscar en l'article 15 de les ordinations de 1753, on es diu que cap cirurgià que no estigués col·legiat no podia exercir ni tenir botiga oberta a Lleida, sota la pena de 25 lliures<sup>6</sup>. Segur que, com a mínim, Vergés no estava col·legiat.

En una edició anterior d'aquestes ordinations, corresponent a l'any

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT





VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

dies volvió a poner la envoltura de las cañas, que va portar per espai d'uns quinze dies.

L'agreujament progressiu decidí la família a portar la lesionada a casa del mestre cirurgià Joseph Morlius –pare del també cirurgià de Lleida Josep Morlius i Joanell–, el qual le sacó *en continente el envoltorio de las cañas y le aplicó unos emplastos, previniendo a la atestante pusiese un pañuelo o otra cosa atado al cuello de la dicha su hija para que pudiesse traer el brazo con orde al pecho.* Als pocs dies va quedar perfectament curada.

El testimoni de Morlius va ser ben clar: *que en continente que la dicha Anna Maria le traxo a la dicha su hija en casa de la forma lo tiene esta expuesto desató la ligadura de las cañas, y sacando estas miró la parte lesa del brazo, y vió era solamente una leve contusion, y relacsacion del nervio ocasionada del movimiento de la curación echa por dicho Vergés, y de la vendadura tan oprimida, y de ninguna manera era dislocación, como dezía el albeitar, y se dexava ver por los medicamentos por este aplicados contra el arte, y el atestante aplicando algunos medicamentos convenientes a la contusion, y a pocos dias quedó del todo curada la dicha Magdalena.*

- En el tercer dels casos intervingué el mestre cirurgià Domingo Lapeña de 32 anys d'edat, fill del també cirurgià de Lleida Joan Lapeña, el qual va relatar que a finals de 1753 va ser cridat pel tinent general dels exèrcits del rei i governador militar i polític de la plaça i castell de Lleida, etc., Excm. Sr. Dn. Pedro de la Cruz, *para que le curasse un divieso que padesia en el brazo derecho, a causa de la disconformitat del malalt amb la cura que li havia fet Vergés.* El cirurgià, *desenvolviéndole la vendadura encontró tenía dicho Excm. Sr. El brazo en muy mal estado por ocasión de los medicamentos violentos le había aplicado el dicho Vergés, y contra todo arte de cirugía, y aplicán-*

*dole como el atestante le aplicó los medicamentos tiene el arte para semejantes males sanó perfectamente dentro muy pocos días por ser la curación de el divieso de muy facil curación, y juzgó, y tiene por cierto el atestante que si el dicho Vergés le huviese aplicado los medicamentos dispuestos por el arte habria en brebe tiempo curado.*

- En el cas que segueix, el llaurador de Lleida Anastasio Blasco va relatar que feia uns catorze anys van anar a casa seva el llaurador de Torres de Segre Isidro Drudes i la seva muller Maria, amb la finalitat de veure si Josep Vergés, que *havian ohido a decir hazia diferentes curaciones si queria curar a la dicha Maria un tumorsico que haziendo algo de fuerza se le havia echo, y tenía a la parte superior de la muñeca de un brazo.*

Després de reconèixer el tumor, el veterinarí empenzo a hazer su curación y cojio fuertemente de la mano en donde tenía el mal la dicha Maria haziendole dar bueltas de la mano azia a la una parte, y otra, de tal forma que le hazia crujir los guesos como lo tiene bien presente el atestante, y acabada esta diligencia, pusole algunos medicamentos, o unguentos por espacio de algunos dias poniendole una tablica atada en la mano que le coxia parte de brazo.

Al cap d'uns dies Vergés els va dir que podien tornar a Torres de Segre perquè la Maria ja estava quasi curada. Li van donar pel seu treball 12 pesetes de plata. Però les coses no van evolucionar així, sinó que al cap de pocs dies la malalta estava molt pitjor i el seu padastre va recórrer a Bautista Serra, cirurgià aleshores d'Alcarràs amb el metge Joseph Pellisé, el qual es desplaçà a la casa de la malalta i informat de tot el curs del procés va dir que es tractava de un *nodus, nombrado así en terminos de cirugía que se le havia echo en la parte superior de la mano, y según los medicamentos, o remedios le relataron le havia echo el dicho Vergés albeitar comprendió el relatante que el dicho Vergés havia tomado la enfermedad del nodus por la*

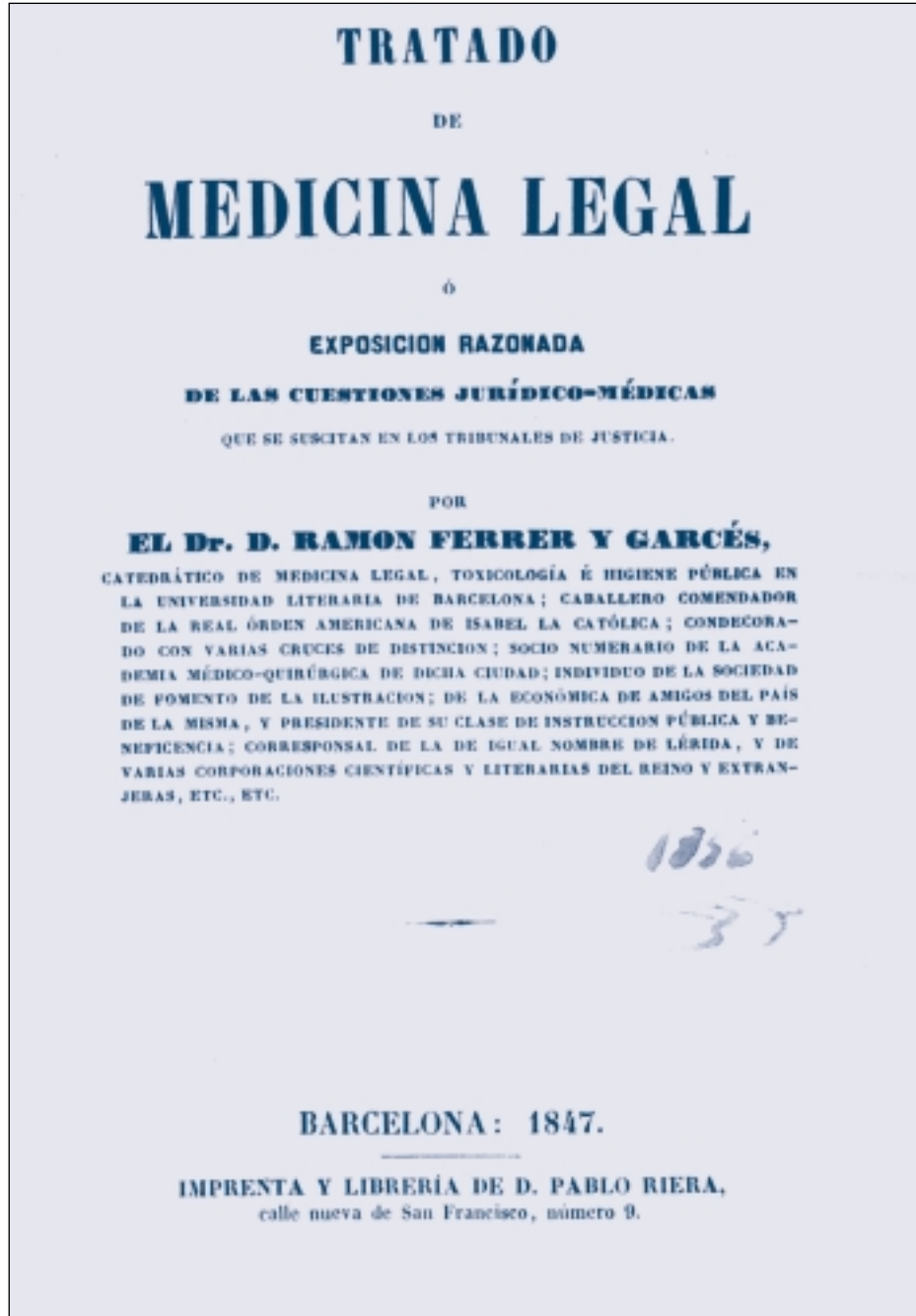
*de dislocacion que es muy distinto, como lo manifestava la operación manual que el mismo Vergés había practicado pues con esta se fracturó el carpo, y metacarpo de la misma mano de cuya comminacion se subsiguó una grande supurasion, de la que se fermentó una calentura pútrida de la qual murió la misma Maria.*

Bautista Serra havia exercit també a Sudanel i després a Soses, on visitava a la casa de la vila, habitatge on va morir el 17 de juliol de 1759 als 70 anys. Deixà també un fill cirurgià, Pere Serra, que continuà l'exercici a Soses, lloc on va morir el 7 de maig de 1768 als 34 anys.

- La cinquena declaració correspon a Magdalena Tristany de 20 anys, muller del llaurador de Lleida Pere Tristany, la qual declarà que l'any anterior va patir *una coagulacion de leche en un pecho, i no tenint cirurgià aconducat a causa de la seva pobresa va cridar Josep Vergés, el qual li va aplicar diversos medicaments durant uns tres mesos. Però va arribar a tal estat que visitandola el médico la dixo que por el peligro tenía de la muerte era preciso se sacramentase, como en efecto se confesó por viatico.*

Aleshores van cridar Joseph Morillo, mestre cirurgià oriünd del poble navarrès de Berasoain (1695) que exercia a Lleida al carrer de Sabaters, el qual va dir que *sacó los emplastos que le havia dispuesto el albeitar, y aplicó los medicamentos que le paresieron condusentes, y que el arte de cirugía dispone para la curasion de semejantes males, y tiene por cierto que a no haverse acudido en brebe a la curasion perfecta, y según arte, habria la dicha Magdalena muerto de dicha enfermedad, y aplicados los remedios por el atestante por espacio de unos seis dias curó perfectamente como es notorio.*

Joseph Morillo havia iniciat una nissaga de sanitaris amb el seu fill Francisco, però aquest va morir jove, als 25 anys, l'any 1748 a casa d'un barber del carrer de Sabaters quan era fadrí cirurgià. El pare el sobrevisqué 10



- ◆ Persecució a Lleida, el 1754, contra el veterinarí Josep Vergés
- ◆ Vuit familiars dels malalts van declarar en contra seva davant un notari

anys.

- En el sisè cas va intervenir Cecília Dortonell, vídua del llaurador de Lleida Miquel Dortonell, la qual va manifestar que el mes de maig de 1753 va portar la seva néta Magdalena al mestre cirurgià Joseph Gil per tractar-li un tumor que li va sortir en un braç com a conseqüència de la verola. El cirurgià, malgrat trobar-se enllitat per malaltia, li va receptar algun tractament local. Però de retorn a casa, es van trobar amb Vergés i li van explicar el fet. El veterinarí els va dir que passaria per casa seva i la miraria. Després, i atès que el cirurgià estava malalt, va continuar curant-la durant deu o dotze dies.

Aprofitant un dia que Vergés no va anar a la casa de la malalta, l'àvia la va portar una altra vegada al cirurgià, el qual li va aplicar alguns medicaments que la van guarir. Assabentat d'això, el veterinarí es va enfadar i no va voler tornar més a la casa.

A la pàgina anterior, reproducció fotogràfica de la partida de defunció del cirurgià Bautista Serra. En aquesta pàgina, es pot veure la portada del llibre d'òbits de l'Arxiu Parroquial de Soses.

Gil va declarar que en la primera ocasió que Cecília Dortonell le traxo a su nieta para curarla como lo tiene ella dicho tiene bien presente que lo que la dicha niña padesia en el brasso era un flemon erisipelatoso, y que para su curasion dispuso los medicamentos le paresieron conformes, y que despues al volverle la misma muchacha al cabo de unos como doze dias vió, y advirtió que el dicho flemon tenía ya principios de gangrena, y de mortificasion de la parte, que el atestante comprendió ser ocasionado de los remedios repercusivos aplicados por el dicho albeitar contra el arte de cirugía, y aplicandole el atestante los remedios aptos, y que dicta la cirugía en semejantes males sanó la dicha niña perfectamente.

Joseph Gil era fill del també cirurgià Manuel Gil (+1752), procedent de Niquela (arquebisbat de Saragossa) i que va exercir al carrer Major.

- En el setè cas, corresponent a la malaltia de Carlos Ribera, guarda del magatzem de la pólvora de la plaça i castell de Lleida, va declarar el mestre cirurgià de la placeta de la Sal, Josep Romeu, el qual a finals de febrer va ser cridat pel malalt *para que le curasse una angina que padesia, y reusando el atestante el ir por ser sabedor le curava Josep Vergés albeitar de esta misma ciudad a cuya instansia se le respondió se despediria el albeitar y con esto el atestante pasó a ver al dicho Ribera, y registrandole la parte lesa sacandole los emboltorios tenía puestos el albeitar vio ser la enfermedad una angina, con una inflamacion a la parte izquierda de la mandivola inferior, que le impedia abrir la boca por estar los músculos oprimidos padesiendo tambien un tialismo que le puso a peligro de la vida, y atendida la relacion le hizieron el enfermo, y demas de la casa de los medicamentos le havia puesto el albeitar, comprhendió el atestante según las reglas de su arte que la irritasion havia echo la parte fue movida de los medicamentos fuertes, y contrarios a la enfermedad, y arte de cirugía, en vista de todo lo que el atestante en continente llamando consulta de cirujanos y médicos aplicó junto con otro cirujano los medicamentos que dispone la cirugía en semejantes casos, y en brebe tiempo sanó perfectamente el enfermo.*

Joseph Romeu, procedent d'una família de la vila de Copons, del bisbat de Vic, morí el 1790 als 75 anys. El seu fill, Pau Romeu, va ser també cirurgià.

- Finalment, l'últim relat el va fer el mestre cirurgià Josep Morlius sobre la

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



malaltia del llaurador Anastasio Jutglar, al qual havia visitat l'any 1752 per un tumor al braç. Va dir que *pasando el atestante a la casa de dicho enfermo le relató este, y los de demas de la casa, que con ocasión de ir todos los dias alli Joseph Vergés albeitar de esta ciudad para curar una cavalgadura entró en el cuarto de el enfermo, y preguntandole que mal padesia le hizieron ostension de el tumor, y que visto por el dicho albeitar dixo este que aquello con facilidad lo curaria, y haviendolo puesto en cura le aplicó algunos emplastos, y visto por el atestante el brazo y parte lesa comprehendió según las reglas de su arte, que de la violensia de dichos emplastos se alteró la parte lesa con grande inflamacion que vio tenia con redundancia de umores complicada con calentura, y antes de poner el atestante en cura al enfermo dixo a los de la casa, que respecto de estar la parte muy danyada, y con la complicacion de la calentura, corriendo mucho riesgo de mortificasion de la parte, no se atrevia a empesar su curasion sin preseder primero consulta de médicos, y cirujanos, como en efecto la tuvieron, y consultado el caso, el atestante dispuso la curasion, y lo que al prinsipio era facil de curar si el dicho albeitar huviese aplicado los remedios convenientes y que la buena arte de cirujia enseña*

Notes

- 1- FERRER Y GARCÉS, R.: *Tratado de Medicina Legal*. Barcelona, 1847. P. 498-500.
- 2- CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: *Notes sobre la valoració de l'intrusisme a Lleida en temps del rei Martí*. Gimbernat, 1992, XVIII, p. 17-26.
- 3- CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: *Valoració de l'intrusisme a Lleida a finals de la Baixa Edat Mitjana*. Gimbernat, 1992, XVIII, p. 73-85.
- 4- Arxiu Parroquial de Sant Joan de Lleida: *Llibre V d'Òbits*.
- 5- AHPL (Arxiu Històric Provincial de Lleida): Reg. 1053, fol. 142v.-147.
- 6- Art. 15 de las Reales Ordenanzas del Colegio de Medicos y Cirujanos de la Ciudad de Lérida: *Otro si queremos que ningun Cirujano que no fuesse Maestro Colegial pueda curar ni tener tienda avierta en la citada Ciudad de Lérida para sangrar, curar, o afeytar o qualquiera cosa perteneciente a la Cirujia, ni menos se ha de intrometer Persona alguna de qualquier estado, grado o condicion que sea, a curar de Cirujia ni Medicina que no sea Colegiado, vajo la pena de veinte y cinco libras aplicaderas y divi-*

*dideras en tres partes, una para nuestras penas de cámara, otra para el arca del Colegio y la otra para el acusador, ni menos podrá dar el permiso o consentimiento a ningun Zirujano, algun Maestro Colegial vajo las mismas penas aplicaderas como queda dicho.*

7- Art. 13 de les Ordinacions de la Confraria dels Gloriosos Metges St. Cosme y St. Damià y dels Doctors en Medicina y Mestres en Cirurgia: *Item que qualsevol mestre en cirujia, o, practicant que serà cridat en alguna cura que altre cirurgia, o, practicant la curàs no puga curar de una cura en avant, o, ab tal emperò que lo mestre, o, practicant que abans curave li done lisenia, o, sie pagat de ses dietes sos pena de deu liures per quiscuna vegada aplicadores al sobre dit que lo prior y maiors aien de executar la dita pena.*

8- CAMPS I CLEMENTE, M.; CAMPS I SURROCA, M.: "La mortalitat en el Baix Segre durant els segles XVII, XVIII i XIX". Actes - Volum Primer. *Tercer Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Lleida, 1981*. P. 72.

Una web sanitària a la mida dels adolescents

www.pensaambelcap.com és una web sanitària adreçada als adolescents que naveguen per Internet i es pot consultar des del juliol passat. Aquesta pàgina té la peculiaritat que ha estat confeccionada íntegrament a Lleida, ja que ha estat pensada i dissenyada per un infermer, Miguel Flores, amb la col·laboració d'una pediatra, Alicia Aguiló, ambdós professionals del CAP Balafía-Pardinyes-Secà de Sant Pere.

La web s'adreça a adolescents i joves en general, amb la finalitat d'apropar els serveis sanitaris a aquest grup de població, que es caracteritza per la seva escassa freqüentació dels serveis de caire preventiu. Els autors han partit de la seva experiència en la consulta de pediatria d'atenció primària, on la presència dels pares, l'escassa responsabilitat i la manca de confidencialitat dificulten la comunicació. Els objectius d'aquesta pàgina són:

- Donar a conèixer el CAP.
- Oferir informació sanitària breu i fàcil d'entendre.
- Millorar l'accessibilitat dels adolescents com a individus autònoms als

serveis sanitaris preventius i oferir la possibilitat de consulta de manera confidencial, anònima i gratuïta.

- Afavorir la responsabilització sobre la pròpia salut.

Els continguts estan agrupats en diferents apartats:

- \* El CAP: dona informació general sobre què és un centre d'atenció primària i per a què pot servir, i el compara amb el cap per pensar, a més de detallar el lloc, les adreces, la zona d'influència, els serveis, els horaris i els professionals del CAP Balafía i de comptar amb una bústia de suggeriments.
- \* Salut: informa sobre temes de prevenció interes-

sants per a aquest grup d'edat. Els temes que es tracten de moment són l'alimentació, els accidents, les drogues (alcohol, tabac, cànnabis i pastilles), la sexualitat i l'anticoncepció, les malalties de transmissió sexual i les vacunes. Cada mes s'inclou un apartat específic de prevenció, que depèn de les activitats més freqüents segons l'època de l'any (per exemple, els viatges, la protecció solar...). La informació que s'ofereix no és exhaustiva, sinó que pretén només ressaltar les idees bàsiques i afavorir la percepció de risc individual.

- \* Consulta al CAP: ofereix la possibilitat de demanar cita a través de la xarxa als usuaris del CAP Balafía per als professionals que porten la pàgina.
- \* Consulta al cap o

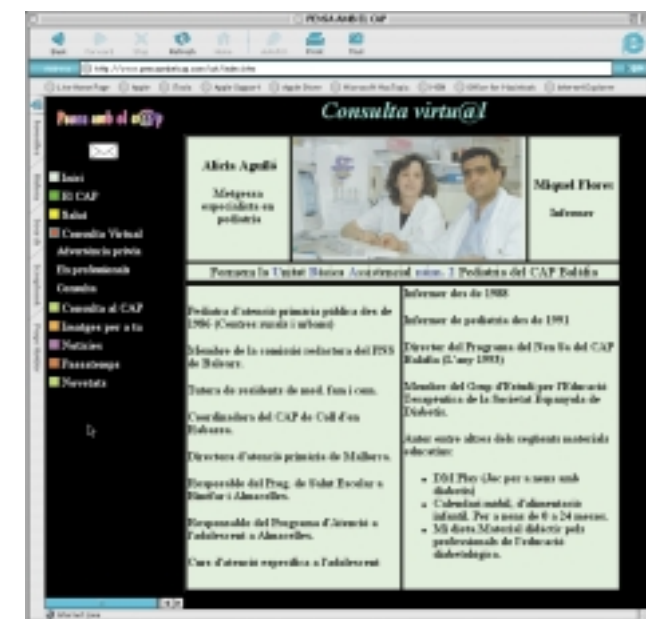
consulta virtual: permet de manera anònima i gratuïta, si es deixa una adreça de correu electrònic, fer consultes sobre problemes de salut individuals.

- \* Notícies (del CAP, de Lleida, de temes de salut), imatges (fotos, grafits, postals, dibuixos) passatemps, entre altres seccions, amb la finalitat de servir de ganxo perquè els joves accedeixin a la pàgina.

Els autors no descarten, amb el temps, la possibilitat d'introduir nous apartats i seccions interactives, com ara xats dirigits o fóruns.

Està previst fer una campanya de divulgació en els centres d'ensenyament secundari adreçada als professors i als alumnes, perquè des de les aules d'informàtica es pugui visitar la web, ja que, segons dades extretes del diari *El País*, només un 30% de les llars catalanes disposa d'ordinador amb connexió a la xarxa. També es farà difusió de l'adreça des del CAP, s'informarà a través dels mitjans de comunicació locals i es distribuïran postals amb l'adreça a llocs clau freqüentats pels adolescents.

La iniciativa d'aquest projecte ha sorgit dels professionals que la porten a terme, amb el suport de la Gerència d'Àmbit d'Atenció Primària de Lleida de l'ICS,



www.pensaambelcap.com. una web dissenyada per l'infermer Miquel Flores amb la col·laboració de la pediatra Alicia Aguiló

¿LI AGRADA PARLAR  
AMB UN  
CONTESTADOR  
AUTOMÀTIC?

ALS SEUS PACIENTS  
TAMPOC

PER 15.000 PESSETES AL MES

SERMATELL  
S.C.C.L.

973 725 743

ELS SEUS PACIENTS PODRAN  
DEMANAR HORA DE LES 8:30  
A LES 20:30 DE DILLUNS A  
DIVENDRES  
ININTERROMPUDAMENT

ATENEM LES SEVES TRUCADES  
AMB EL SEU  
PROPI NOM O EL DE LA  
SEVA CLÍNICA

NO CAL QUE CANVIÏ DE  
NÚMERO DE TELÈFON

LI PODEM TRANSFERIR UNA  
TRUÇADA URGENT A UN  
TELÈFON DE CONTACTE

PODEM DONAR INFORMACIÓ I  
ASSESSORAMENT (DIES,  
HORARIS DE CONSULTA)

REBRÀ UN INFORME DIARI DE  
LES TRUCADES GESTIONADES  
AMB NOM, TELÈFON DE CONTACTE,  
NÚMERO DE HISTÒRIA I  
OBSERVACIONS



## Possibilitats d'alleugerir la quota del proper impost sobre la renda

S'apropa l'acabament de l'any i és el moment de planificar la propera declaració de l'impost sobre la renda de les persones físiques de l'any 2001 (que es formalitzarà durant els mesos de maig i juny del 2002).

De la mateixa manera que l'any passat, s'oferirà a tots els col·legiats que ho desitgin, fins a finals de desembre, la possibilitat d'efectuar un avanç del resultat final de la declaració de l'any 2001 i d'aquesta manera podran estudiar i planificar el tipus d'inversió que caldrà fer en cada cas particular.

A diferència de l'any

passat, durant aquest any 2001 no s'han produït modificacions al reglament de la renda que puguin afectar d'una manera generalitzada tots els contribuents.

D'una forma resumida comentem a continuació les possibilitats que tenim d'alleugerir la quota que s'ha de pagar el mes de juny.

**A) Aportacions a plans de pensions i mutualitats de previsió social**

Com a límit conjunt de les reduccions d'aportacions a plans de pensions i a mutualitats de previsió social s'aplicarà la menor

de les quantitats següents:

a) Amb caràcter general, el 25% de la suma dels rendiments nets del treball i d'activitats econòmiques percebuts individualment durant l'exercici 2001. Per a participis majors de 52 anys el percentatge aplicable és el 40%.

b) 1.200.000 pessetes anuals.

Malgrat tot, tractant-se de contribuents majors de 52 anys, aquest import s'incrementarà segons l'edat d'acord amb el següent quadre:

52 anys	1.200.000
59 anys	1.900.000
53 anys	1.300.000
60 anys	2.000.000
54 anys	1.400.000
61 anys	2.100.000
55 anys	1.500.000
62 anys	2.200.000
56 anys	1.600.000
63 anys	2.300.000
57 anys	1.700.000
64 anys	2.400.000
58 anys	1.800.000
65 anys o més	2.500.000

Reducció addicional per aportacions a plans de pensions i a mutualitats de previsió social a favor del cònjuge del contribuent. Els contribuents amb cònjuge que no obtingui rendiments del treball ni d'activitats econòmiques o bé que els obtingui en quantia inferior a 1.200.000 pessetes anuals, podran reduir de la seva base imposable general les aportacions realitzades als esmentats plans de pensions i mutualitats de previsió social a favor del cònjuge amb un límit màxim de 300.000 pessetes anuals.

**B) Deducció per inversió en l'habitatge habitual**

Aquest any 2001 es pot aplicar la deducció per inversió en:

- Adquisició o rehabilitació de l'habitatge habi-

tual.

- Construcció o ampliació de l'habitatge habitual.
- Quantitats dipositades en un compte habitatge.

L'import màxim de les inversions amb dret a deducció pel conjunt d'aquests conceptes està establert en 1.500.000 pessetes anuals.

Si desitgeu informació més detallada, abans de formalitzar qualsevol d'aquestes inversions, podeu contactar amb els serveis fiscals establerts al Col·legi per tal d'ampliar la informació.

Es recorda

A tots els contribuents en general:

L'obligatorietat de comunicar a l'Agència Tributària el canvi del domicili de residència o domicili fiscal per poder gaudir de la desgravació en adquisició de l'habitatge habitual. Això també ens serà d'utilitat a l'hora de rebre qualsevol comunicació per part d'Hisenda i en particular les dades que coneix l'Administració i que ens són enviades el mes de maig.

Als metges que figuren d'alta a l'impost d'activitats econòmiques:

Comunicar amb antelació a l'Agència Tributària qualsevol canvi, tant en el domicili de residència com en el de l'activitat.

Si s'exerceix l'activitat en un local pel qual es paga lloguer cal fer la retenció del 15% a l'import del rebut mensual (sense l'IVA) i ingressar trimestralment a Hisenda aquesta retenció.

Si vostè efectua trimestralment declaració d'ingressos, despeses i retencions per la seva activitat professional i aquests ingressos provenen en un 70% o més de mútues, centres, entitats, etc. que li practiquen la retenció del 18% a l'hora d'abonar-li els honoraris, es pot demanar mitjançant el Model 037 la no obligatorietat de presentar declaració trimestral a partir de l'1 de gener de 2002.

COMLleida Serveis SL

# Amb...

## ...CONFIANÇA

Treballant al servei del metge col·legiat i la seva família, des del mateix Col·legi de Metges

## ...SEGURETAT

Oferint els productes asseguradors de les primeres companyies del mercat, amb total solvència i garantia de futur

## ...PROFESSIONALITAT derivada de l'ESPECIALITZACIÓ

Coneixent perfectament les necessitats específiques del col·lectiu mèdic. Per això totes les assegurances estan dissenyades especialment per als metges i els seus familiars

## ... tots els AVANTATGES

Mitjançant l'acord entre el Col·legi de Metges de Lleida i Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, els col·legiats disposen de l'alternativa legal al Règim Especial de Treballadors Autònoms de la seguretat social M.E.L. amb el paquet de prestacions:

- Invalidesa
- Vida estalvi
- Jubilació

Amb la garantia de:



MUTUAL MÈDICA  
de Catalunya i Balears

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA

COML

Rambla Aragó, 14 principal  
25002 LLEIDA  
Tel.: 973 27 08 11  
Fax: 973 27 11 41



MEDICORASSE  
CORRECTORIA D'ASSEGURANCES  
del Col·legi Oficial de Metges

# Per estar-ne segur, vine al Col·legi.





Representants del Consell dels Col·legis de Metges, de Sanitat i del Servei Català de la Salut

## 1es Jornades Europees PAIMM 2001

Els dies 8 i 9 de novembre se celebraren a Barcelona les 1es Jornades Europees PAIMM 2001, organitzades pel Programa d'Atenció al Metge Malalt del COMB amb la col·laboració del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, el Servei Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, i patrocinades per GlaxoSmithKline.

Els objectius de les jornades eren:

1. Posar en comú les experiències que es duen a terme a Espanya i Europa.
2. Debatre els mecanismes de cooperació per estendre el PAIMM a Espanya i Europa.
3. Donar a conèixer la Declaració de Barcelona referent a aquesta mena de programes.

Els assistents a la jornada del primer dia van tractar temes relacionats amb el metge malalt i les seves repercussions, així com la situació d'aquesta problemàtica a la resta d'Europa, i van destacar els pocs recursos que s'hi dediquen i l'absència de programes específics en els diferents països europeus, exceptuant el Regne Unit. S'ha de recordar que els programes d'atenció al metge malalt van néixer als països anglosaxons (EUA,

Regne Unit, Nova Zelanda i Austràlia).

Durant el segon dia es va explicar el funcionament del PAIMM i la seva unitat d'especialització, l'experiència a Espanya i a les diferents autonomies i el programa *Retorn* d'infermeria (adaptat als diplomats d'infermeria i que compta amb la mateixa estructura assistencial i financera). Les jornades van acabar amb una taula rodona sobre la cooperació institucional per estendre el PAIMM a Espanya i Europa i sobre el paper de les associacions mèdiques i de les institucions europees. Els assistents van concloure que les unitats d'atenció ambulatoria als metges malalts haurien de ser d'àmbit local, amb una única unitat d'hospitalització estatal,



Professionals de la resta d'Europa van participar en les jornades

ubicada a Barcelona, per poder suportar financera-ment el mateix programa.

A les conclusions de les jornades es va llegir i aprovar el Manifest de Barcelona.

A l'acte inaugural van assistir el conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, Eduard Rius; el president del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Xavier Rodamilans; el president del COMB, Miquel Bruguera; la degana del Consell de Col·legis de Diplomats d'Infermeria de Catalunya, M. José Martínez i el coordinador del PAIMM al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Jaume Padrós.

Josep Maria Sagrera

## Manifiesto de Barcelona

### Preàmbulo:

A lo largo del siglo XX el derecho a la Salud se ha convertido en una realidad en la práctica totalidad de los países europeos, y en el curso de los últimos decenios los trastornos mentales y las adicciones se han ido considerando cada vez más como enfermedades, perdiendo gradualmente la carga de estigma social que tenían. Gracias a estos cambios, se han ido integrando progresivamente los servicios asistenciales psiquiátricos en los sistemas sanitarios generales, y la universalidad del derecho a la salud y la accesibilidad a los servicios asistenciales se han extendido por los países europeos.

Aun y así, en el caso de los médicos en concreto, y de los profesionales sanitarios en general, hay una serie de factores que determinan, paradójicamente, que sean una población de las menos atendidas, sanitariamente hablando.

En los últimos años se ha evidenciado que los profesionales sanitarios en general, y sobretudo los médicos, no actúan debidamente como pacientes cuando están enfermos, en la mayoría de casos. Además, las enfermedades mentales y adictivas todavía tienen un fuerte estigma social, incluso dentro del mismo colectivo sanitario, pues existe una cierta cultura de no pedir ayuda porque "no vaya a ser que los colegas perciban la enfermedad como una debilidad". De esta forma, muchas bajas laborales, incapacitaciones e inhabilitaciones son consecuencia de trastornos para los que hay tratamientos eficaces.

En el caso de los profesionales de la salud, y sobretudo de los médicos, que padecen estos problemas, el miedo a que la propia enfermedad sea conocida por los compañeros o por los pacientes



Les jornades van destacar que a la resta de països europeus encara es dediquen pocs recursos als programes d'atenció del metge malalt, un programa que va néixer a EUA, Regne Unit, Nova Zelanda i Austràlia

juega un papel disuasorio muy importante a la hora de pedir ayuda y, por lo tanto, de acceder al sistema de salud. En estos casos, aparece una importante tendencia a la ocultación, lo que retarda la demanda de ayuda y empeora el pronóstico. No se trata tan sólo de un tema individual sino de una cuestión de salud pública, por lo que conlleva a su vez de riesgo para la salud de la población general atendida por estos médicos.

Así pues, para proveer a los profesionales sanitarios de una mayor accesibilidad a los servicios de salud, especialmente de salud mental, es necesario que se desarrollen programas de actuación en todos los países atendiendo a los siguientes:

### Principios

1. Los sistemas sanitarios deben de garantizar a los profesionales de la sanidad la misma accesibilidad al sistema sanitario que a la



población general.

2. El derecho a la confidencialidad al acceder a los tratamientos es importante para todos los pacientes, pero se requieren medidas especiales para que los profesionales de la salud accedan a estos tratamientos, sobretudo cuando se trata de trastornos psíquicos y/o adictivos porque todavía son estigmatizados.

3. Se tienen que crear programas y servicios asistenciales específicos, ambulatorios y de hospitalización, en nombre y en ubicaciones geográficas suficientes, para que los profesionales afectados reciban el tratamiento adecuado y en las condiciones debidas.

4. Los colegios profesionales deben de tener un papel central en la organización, gestión y control de la calidad de los programas asistenciales creados. Y la financiación debería corresponder a las instituciones públicas.

5. Es preciso, pues, que estos programas no sólo se desarrollen con el objetivo de mejorar la asistencia a los médicos y otros profesionales de la salud, sino también para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y sobretudo para proteger la salud de los ciudadanos.

6. Estos programas también deben tener una clara vocación preventiva, intentando facilitar a todos los profesionales sanitarios, enfermos o no, las condiciones más idóneas para que los problemas que se detecten sean abordados con la mayor precocidad y efectividad posibles.

7. Es necesario desarrollar la investigación particularmente en la relación a la salud mental de los profesionales de la sanidad y sus condiciones de trabajo.

8. La salud de todos los profesionales sanitarios debe ser promovida tanto a nivel individual como organizacional, con énfasis especial en la salud mental.

Barcelona, a 8



## Important participació en el Fòrum d'Hospitals

El Fòrum d'Hospitals 2001 va celebrar-se els dies 9 i 16 del mes de novembre passat, a la sala d'actes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, amb una important participació de col·legiats i col·legiades. El fòrum va ser inaugurat pel president del COML, Dr. Xavier Rodamilans, i clos pel delegat de Sanitat, Dr. Antoni Mateu.

Les dos primeres taules previstes en el programa, "Sistemes retributius. Carrera professional" i "Gestió hospitalària, satisfacció mèdica?" van desenvolupar-se el dia 9 i, un cop finalitzades les ponències, es va establir un debat força interessant entre els ponents i els col·legiats.

El dia 16 van tenir lloc les taules rodones sobre "La urgència hospitalària a Lleida, present i futur" i "Nous aspectes de la relació metge-pacient. Confidencialitat i consentiment informat", que també van registrar nombroses



El fòrum va celebrar-se a la sala d'actes del Col·legi de Metges de Lleida

intervencions per part dels assistents.

El Col·legi de Metges de Lleida va organitzar per primera vegada aquest fòrum i, després de constatar l'interès dels professionals, es planteja repetir la iniciativa en el futur.

Es pot accedir a les conclusions del Fòrum d'Hospitals 2001 a través de la web del Col·legi, i el proper número de *Bulletí Mèdic*, que sortirà al gener,



Ponents d'una de les taules de debat

### Acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del COML ha adoptat els següents acords en les sessions ordinàries de 05-07-2001, 06-09-2001 i 11-10-2001:

- A partir de l'1 de juliol, d'acord amb els torns establerts, el Dr. Xavier Rodamilans i la Dra. Rosa Pérez exerceixen respectivament els càrrecs de president i secretària del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

- Informació sobre els acords del 27 de juny, en què s'aproven els comptes de l'exercici 2000 de la societat col·legial COMLLEIDA SERVEIS SLU.

- Renovació, al mes de setembre, de la borsa de treball de metges d'APD.

- Nomenament del Dr. Sebastià Barranco com a representant del

Col·legi a MEDIFOND i GAUDIMEDIC, Fons d'inversió.

- Signatura d'un conveni de col·laboració entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i el Col·legi de Metges del Quebec (Canadà).

- Aprovació de les bases del II Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari (beca per a un treball sobre immigració i salut a Lleida).

- Atorgament d'un ajut econòmic a les XXIX Jornades Nacionals de Socidrogalcohol, que se celebraran a Lleida del 18 al 20 d'abril de 2002.

- Informació sobre la concessió de la medalla Francesc Macià al Dr. Lorenzo Díaz-Prieto Cassola.

- Renúncia del Dr. Josep Manuel Casanova i Seuma al càrrec de vicepresident i a tots els càrrecs

vinculats al Col·legi.

- Discussió del primer esborrany de nous estatuts col·legials.

### Moviment col·legial

#### Altes

Luis Ramiro Casati Caballero, procedent de Barcelona  
Rosa Maria Cremades Estrada, procedent de Barcelona  
Juan Ignacio de Padura Oria, procedent de Saragossa  
M<sup>a</sup> Àngeles Sulé Salvadó, procedent de Barcelona  
Teresa Rodríguez Ros, reingrés  
Alfred Dealbert Andrés, nou  
Estella Maris Rodríguez Picasso, nova

#### Canvis de situació

Carlos Ferrándiz Calvo ha passat a col·legiat honorífic

## Conveni de col·laboració entre Quebec i Catalunya

Text del conveni de col·laboració signat el passat 4 de setembre entre el Col·legi de Metges del Quebec i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

### Reunits

La Dra. Joëlle Lescop, secretària general del Col·legi de Metges del Quebec i el Dr. Xavier Rodamilans de la O, president del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya,:

### Manifestem

Primer. Que el Col·legi de Metges del Quebec s'ha caracteritzat sempre com

una de les corporacions pioneres en matèria de vigilància i control de l'exercici professional, dins del model anglosaxó d'organització i estructura dels col·legis professionals.

En concret, el Col·legi de Metges del Quebec desenvolupa un model on destaquen, entre altres aspectes, un singular i reconegut sistema d'acreditació i recol·legiació, i un especial suport i reconeixement a la formació mèdica continuada.

Segon. El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, i els 4 col·legis de metges que l'integren (Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona) posseeixen una estructura organitzativa i unes funcions corporatives diferents, en molts casos, a les del Col·legi de Metges del Quebec, i entre les seves finalitats hi ha la vigilància de l'exercici professional, la formació mèdica continuada d'acord amb altres institucions públiques i la potenciació de la prevenció de riscos de la praxi mèdica.

Terçer. Que ambdues parts manifesten el seu interès per cooperar en àmbits d'interès comú a partir de les seves pròpies experiències i models, i amb aquesta finalitat establir un marc formal que pugui afavorir la col·labora-



La Dra. Lescop i el Dr. Rodamilans en el moment de la signatura del conveni de col·laboració

ció i els intercanvis entre les parts i garantir la continuïtat de les accions que s'engeguin.

Quart. Que aquest interès perquè hi hagi una intercol·laboració entre ambdues institucions s'emmarca i es reforça a partir de les estretes relacions de cooperació convingudes des del 1983 entre el Govern del Quebec i el Govern de la Generalitat de Catalunya; relacions que s'han eixamplat i enfortit a partir de la signatura de l'acord de cooperació entre els dos esmentats governs datat el 10 de juliol de 1996, avui vigent.

En aquest conveni les parts es comprometen a fomentar i afavorir la cooperació en diversos àmbits, com l'educació, la formació o la sanitat, entre d'altres, com també els intercanvis en aquells àmbits entre els organismes i entre les empreses del Quebec i Catalunya.

Cinquè. Com a conseqüència de l'interès que s'ha fet palès per part de les dues corporacions mèdiques, i també tenint en compte l'acord de cooperació assenyalat en el paràgraf anterior, el Col·legi de Metges del Quebec i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya

Acordem

Primer.- Les parts es comprometen a fomentar i afavorir la cooperació en els àmbits de la seva competència i, més precisament, en àmbits com els següents:

- La formació mèdica continuada.
- deontologia mèdica.
- La praxi assistencial.
- Els sistemes d'acreditació i recol·lecció.
- Els programes de rehabilitació per als metges.
- Els serveis col·legials.
- Les funcions i les finalitats corporatives

Segon.- Ambdues institucions acorden, a fi d'assolir els seus objectius, sense excloure altres accions a les quals es podria recorre ulteriorment, que faran servir, de manera prioritària, els mitjans següents:

- Missions amb les finalitats següents:
  - Proseguiment d'estudis.
  - Organització d'activitats de formació, de promoció i de difusió d'informació.
  - Organització de projectes de participació.
- Organització de col·loquis, seminaris o conferències al Quebec i a Catalunya.
- Intercanvis d'informació i documentació.

d) Acolliments de persones en pràctiques.

e) Acolliments de metges de l'àmbit assistencial o investigador en el marc de programes de formació, de projectes d'investigació, etc...

f) Consultes i treballs conjunts relatius a temes d'interès comú.

Terçer.- Les despeses que s'originin arran de la celebració de les diverses visites previstes per aquest conveni aniran a càrrec de la part d'origen dels participants, llevat que les parts arribin a un altre tipus d'acord.

Quart.- Aquest acord té un període de vigència de quatre anys. Pot ser renovat tàcitament per períodes successius de dos anys, tret que una de les parts notifiqui a l'altra el seu desig de posar-hi fi a través d'un avís.

Si es donés el cas d'aquest avís, les parts prendrien les mesures necessàries per garantir la finalització de qualsevol activitat o projecte iniciat en virtut d'aquest acord.

Aquest conveni entrarà en vigor a partir de la data de la seva signatura.

Signen la Dra. Joëlle Lescop, pel col·legi del Quebec, i el Dr. Xavier Rodamilans, pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.



## Uns 1.800 professionals en el segon Congrés d'Atenció Primària

El Segon Congrés d'Atenció Primària va celebrar-se els dies 25 i 26 del mes d'octubre passat, en el recinte firal dels Camps Elisis de Lleida, amb l'assistència de més de 1.800 professionals de tots els estaments públics d'atenció sanitària (metges de família, odontòlegs, diplomats en infermeria, pediatres, llevadors, treballadors socials, informàtics, personal no sanitari i altres professionals de tot Catalunya). L'Institut Català de la Salut va encarregar-se de l'organització del congrés amb el suport de la resta d'entitats proveïdores al nostre país, així com del Servei Català de Salut, l'Ajuntament i la Diputació de Lleida i moltes altres institucions i entitats.

Deprés de l'acte inaugural, a càrrec del conseller de Sanitat Dr. Eduard Rius, la gerenta de l'ICS, Dra. Alicia Granados, va fer la primera ponència sobre el mateix lema que presidia el congrés: "L'organització al servei dels usuaris". La Dra. Granados va parlar dels esforços de l'ICS per adaptar la seva estructura i serveis als reptes constants que plantegen els canvis de l'entorn social, econòmic i tecnològic i, per tant, a la demanda dels usuaris. Dins de la llarga enumeració de projectes endegats i de línies estratègiques de futur, va destacar els projectes de Direcció Clínica i el Pla de Sistemes, que suposa un canvi en la implicació dels professionals en la gestió, així com una modernització molt ambiciosa dels sistemes d'informació i de comunicació.

Durant els dos dies, i amb una assistència i participació extraordinàries, es van tractar temes de gran complexitat, estructurats en catorze taules amb un total de 74 ponències.

- La direcció clínica en el nostre àmbit.

- Sistemes d'informació.
- Atenció compartida: cooperació entre proveïdors en un entorn de compra capitativa.
- Programa d'atenció a la dona: activitat compartida.
- Receptivitat.
- Formació continuada: com s'ha d'adequar la formació a les necessitats assistencials canviants.
- Cuidar a domicili en les diferents etapes de la vida.
- Gestió de la incapacitat laboral.
- La confidencialitat en els sistemes d'informació a l'atenció primària de salut.
- Programa de coordinació de l'atenció primària social i sanitària.
- Recerca a l'APS. Necessària? Possible? Competitiva?
- Programa Salut a Casa
- Ètica i atenció primària de salut.
- Elements de suport a la presa de decisions dels metges d'atenció primària.

### Conclusions

Les principals conclusions a les quals es va arribar, de forma resumida, són:

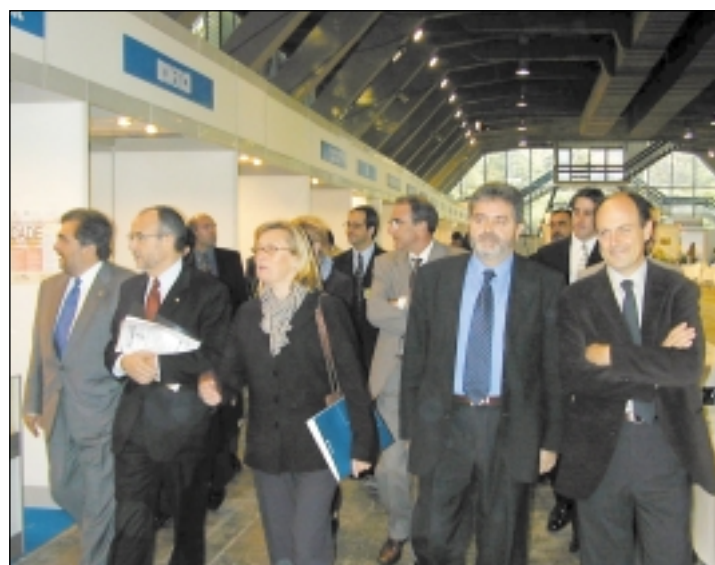
- Els serveis han de facilitar la incorporació dels professionals al projecte de direcció clínica. Aquests s'han d'implicar de manera activa, han de liderar projectes i canviar estructures organitzatives.

- Les tecnologies de la informació, l'ús de la història clínica informatitzada i el Pla de Sistemes han de donar un nou protagonisme al ciutadà i al professional, i facilitar el seguiment integral.

- El finançament capitatiu és un instrument de gestió que facilita la cooperació entre proveïdors per millorar els processos assistencials i de planificació.



El conseller de Sanitat, Eduard Rius, va inaugurar el congrés. (Fotos: Miquel Flores)



- L'atenció domiciliària ha de ser l'activitat principal de l'atenció primària.

- És un procés clau, i s'aborda des del valor afegit que representa l'atenció a les necessitats humanes, no només orientada a la malaltia.

- La confidencialitat s'ha de fer servir per garantir la intimitat i la confiança dels pacients. Els professionals desitgen sistemes d'informació mecanitzats, ràpids i eficaços i que garanteixin la confidencialitat. És necessari revisar els protocols i replantejar la dinàmica de l'entrevista clínica.

- S'ha de passar de pensar en l'usuari a pensar com l'usuari. S'ha de potenciar la personalització de l'assistència. La informació per inexistent, inadequada o insuficient està en la base de la majoria de les reclamacions. La receptivitat és cosa de tots i cadascun dels membres de l'organització

- Instruments com el

comitè d'ètica assistencial, el comitè d'ètica d'investigació clínica i el codi ètic facilitaran la formació i el debat entre els professionals i ens ajudaran a identificar i compartir els valors que han d'imperar en la nostra tasca.

- La recerca és una activitat imprescindible en atenció primària, ja que ajuda a millorar la pràctica clínica i el desenvolupament professional. Multitud d'experiències mostren que és possible fer recerca en APS, però aquesta necessita recursos econòmics inexistents, reconeixement i temps. La recerca competitiva necessita planificació i dotació d'estructures de suport específiques.

- El metge d'AP ha de disposar d'elements de suport en la presa de decisions per poder millorar la seva pràctica i disminuir la variabilitat. El comitè d'avaluació de nous medicaments i les guies de pràctica clínica són, entre altres,

dos eines de gran ajuda de què disposa l'ICS.

En l'apartat de la participació dels assistents cal dir que es van presentar un total de 351 pòsters, dels quals van ser admesos 246, que representen el 70%. L'àmbit de Lleida va presentar un total de 55 pòsters, amb 39 (71%) d'admesos.

La celebració d'un congrés d'aquestes característiques, que aplega un nombre tan important d'assistents, amb la complexitat organitzativa que representa, ha estat un important repte tant per a la ciutat de Lleida com per a les estructures organitzatives de l'atenció primària del nostre àmbit, encarregades de portar el pes organitzatiu del congrés.

L'èxit assolit en aquest congrés demostra la capacitat de poder fer bé les coses importants i ens esperona a fer-ne més i de millors en el futur.



laboratorio de análisis  
**DR. ECHEVARNE**

**Laboratori:** Príncep de Viana, 70-72 baixos  
25008 LLEIDA  
Tel. 973 010 000

Horari d'atenció al públic:  
de dilluns a divendres, de 7.30 h a 19.30 h  
dissabtes de 8.30 h a 13.00 h

**Clínica Montserrat:** Bisbe Torres, 13 • 25002 LLEIDA  
Tel. 973 266 300

Horari d'atenció al públic:  
de dilluns a divendres, de 8.30 h a 11.00 h  
dissabtes de 7.30 h a 8.30 h



**Unim esforços per multiplicar resultats.**

www.echevarne.com  
informacion@echevarne.com







AVC  
Traumatismos  
Tumores  
Esclerosis múltiple  
Epilepsia  
Enfermedades autoinmunes  
LES  
Endocrinopatías  
Sdm Cushing  
Enf de Addison  
Hiper/hipotiroidismo  
Enfermedades degenerativas  
E. de Parkinson  
E. de Huntington  
Trastornos metabólicos  
Uremia  
Postoperatorio  
Hemodiálisis  
Déficit de B12  
Infecciones  
SIDA  
Meningoencefalitis  
Corticoides  
Andrógenos  
ACTH  
Antidepresivos  
Antiparinsonianos  
Estimulantes  
Isoniacida  
Alucinógenos  
Alcohol  
Opiáceos  
Broncodilatadores  
Metoclopramina  
Cloroquina  
Antipsicóticos  
Estrógenos  
Progestágenos  
Antineoplásicos  
Antihipertensivos

**María Mur Laín.**  
Residente de segundo año.  
**Iolanda Batalla Llordés.**  
Residente de cuarto año.  
Servei de Psiquiatria.  
Hospital Santa Maria. Lleida

**Paciente con Alzheimer: un problema de todos**

La demencia ha de distinguirse del envejecimiento normal. El envejecimiento se asocia a la pérdida de rendimiento cognitivo en áreas que incluyen fluidez intelectual, atención, capacidad visual y espacial y ciertas formas de razonamiento abstracto y de resolución de problemas. Estos cambios asociados al envejecimiento producen escasa capacidad. Cuando el deterioro cognitivo afecta a varias de estas funciones y provo-

ca alteraciones funcionales a nivel laboral, social y/o familiar se habla de demencia. La demencia puede afectar entre un 10 y un 20% de la población anciana, multiplicándose por 2 en las personas mayores de 85 años. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia (entre un 50 y un 70%). La etiología de la EA se desconoce. Los factores que han demostrado que incrementan el riesgo de padecer EA son la edad avanzada, el antecedente familiar de demencia y el síndrome de Down, el sexo femenino, el fenotipo apoE y los traumatismos craneales. El cuadro clínico suele iniciarse de forma insidiosa con pérdida de memoria reciente y dificultad para incorporar nueva información. Esta fase es muy larga y durante varios años puede ser asintomática. La aplicación de tratamientos preventivos en esta fase de deterioro no es aún posible, porque las pruebas

psicológicas, de imagen funcional y de genética molecular, no tienen un gran valor predictivo positivo en la actualidad. El tratamiento actual es sintomático, principalmente con anticolinesterásicos centrales, que han demostrado su actividad mejorando la calidad de vida del paciente.

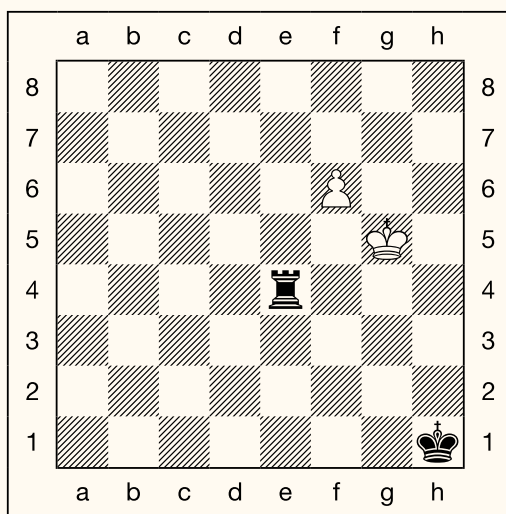
**Bibliografía**  
- Bermejo F. del Ser T. Demencias. Conceptos actuales. Madrid, Diaz de Santos, 1995.  
- Deterioro cognitivo en el envejecimiento y la demencia en España. (Estudio sociosanitario). Madrid.  
- Serra-mestres J, López-Pousa S, Boada M. Modelos de asistencia sociosanitaria para enfermos con demencia. Barcelona, Prous, 1997.  
- Zarranz JJ. Alteraciones morfológicas y neuroquímicas en el envejecimiento cerebral normal. Revista de Neurología 1997; 25 (supl 1): 9-17.

**Dra. Montserrat Pujol Sabaté**

**PROBLEMA D'ESCACS**

**Tema: finals de reis i peons**

Blanques juguen i fan mat en dos



**SOLUCIÓ**

1. Tf - Te5+ 2. Rg4 (s'ha d'evitar entaular ja que si 2. Rg6 - Te6+ farien mat a la propera amb Th8) 3. Rg3 i es guanya, ja que s'ame- naga a la propera mat amb Tf1 o bé Rxf4.

**Renúncia del Dr. Casanovas**

El Dr. Josep Manel Casanovas Seuma, vicepresident del COML, va comunicar en el ple de la junta de l'11 d'octubre passat la seva renúncia al càrrec per motius personals i laborals. Des d'aquest Butlletí, voldríem agrair al Dr. Casanovas la tasca desenvolupada durant aquests tres anys com a responsable de la formació continuada col·legial i li desitgem tota mena d'èxits en la seva activitat acadèmica i professional.



**La Dra. Rosa Pérez, vicepresidenta del COML**

La Junta de Govern del COML va nomenar en la sessió celebrada el dia 8 de novembre passat la Dra. Rosa Pérez vicepresidenta del Col·legi. La doctora Pérez exercia fins en aquella data la responsabilitat de vicepresidenta de la Junta.



**El Dr. Eduard Peñascal, nou coordinador de docència del COML**

El Dr. Eduard Peñascal és des del dia 8 de novembre passat el nou coordinador de docència del Col·legi de Metges de Lleida, segons acord de la Junta.



**ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT**

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

**Som eficaços**

- Liure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
- Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
- Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
- Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:  
**902 200 200**  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

**DELEGACIÓ A LLEIDA**  
Vallcaient, 1-2ª edif. Trading-Balmes  
Tel.: 973 26 92 11





## COSTA ROMÀNTICA

Pels Mars del Nord  
10 dies, **302.000**

## COSTA VICTÒRIA

El Mediterrà des de BCN  
7 dies, **174.000**

## COSTA ALLEGRA

Turquia, Grècia i Egipte  
10 dies, **301.000**

## COSTA RIVIERA

El Mediterrà des de BCN  
7 dies, **138.000**

## COSTA ATLÀNTICA

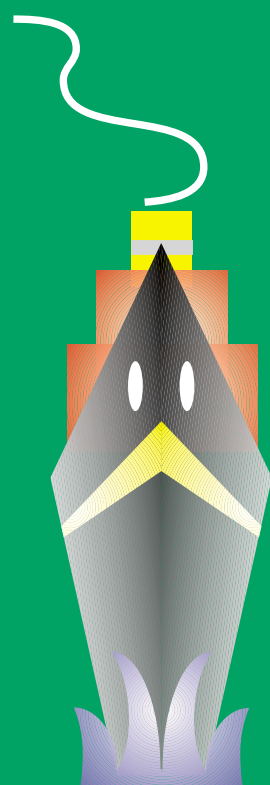
Grècia i Turquia  
7 dies, **232.000**

## COSTA CLÀSSICA

Illes Gregues  
7 dies, **227.000**

**Pot visitar  
els vaixells  
sense  
compromís.  
Truquin's.**

4% descompte per compra  
anticipada, consulti dates  
i condicions.  
Nens gratis fins els 18 anys  
en moltes sortides, consultin's.



  
**902 42 41 42**  
e mail: [reservas@iltrida.com](mailto:reservas@iltrida.com)  
<http://www.iltrida.com>



Preus base. Consulti suplement per temporada  
i allotjaments. No inclou taxes, visats ni  
despeses de gestió.