

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm 22 · Maig de 2000



**La Paeria lliura la placa al
mèrit científic al COML**

**REPÚBLICA DOMINICANA
CLUB BAHIA PRINCIPE**

**8 dies, TOT INCLÒS
des de**

**ptes euros
137.900 828,82**



**RIVIERA MAYA
CLUB BAHIA PRINCIPE**

**8 dies, TOT INCLÒS
des de**

**ptes euros
164.900 991,10**

**Viatges d'1 setmana
en Aviò i H**/*****



Oficines a:
LLEIDA, BALAGUER,
LES BORGES BLANQUES,
MOLLERUSSA,
TÀRREGA, TREMP.

☎ 902 42 41 42

e mail: iltrida@iltrida.com
<http://www.iltrida.com>

M.P., des de:

	ptes	euros
MALLORCA	35.400	212,76
EIVISSA	53.000	318,54
MENORCA	51.700	310,73
TENERIFE	53.600	322,15
G.CANÀRIA	47.700	286,69
FUERTEVENTURA	74.700	448,97

**CONSULTI PREUS
D'OFERTES PUNTUALS**

• Aquestes tarifes no inclouen taxes, impostos especials ni despeses de gestió.
• Estan subjectes a les fluctuacions de les divises. Consulti suplementos segons temporades.

**BUTLLETÍ
mèdic**

Número 22, maig de 2000

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>

Consell de Redacció:
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguel
Miquel Casanovas Gabal
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascol Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Teresa Utges Nogués
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González
Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i Maquetació:
Baldo Corderroure
Fotografia: AiS Fotografia
Correcció: Dolors Pont
Publicitat: COML
Fotomecànica: Euroscript SL
Impressió: Artis/ e.g.
Dipòsit legal: L-542/1999
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 fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

Una medicina al servei de la ciutat

El món de la medicina, com altres móns professionals, ha de ser un espai obert a la societat de la qual forma part. L'actual junta del COML va proposar-ho en el seu moment i continua defensant aquest objectiu essencial. Per aquest motiu, considerem que l'atorgament de la placa del mèrit científic de la Paeria al Col·legi de Metges de Lleida i l'elecció del president com a pregoner de la Festa Major de la ciutat posen de manifest la validesa i la idoneïtat de l'esmentat objectiu.

El reconeixement públic de l'Ajuntament de Lleida, que honora tota la professió, ajudarà que els lleidatans i les lleidatanes percebin el Col·legi com una institució preocupada per evolucionar paral·lelament a l'actual societat. Per fer-ho, i per respondre adequadament al gest de la Paeria, el Col·legi ratifica el seu compromís de proporcionar als col·legiats una formació científica i humana continuada amb la finalitat de millorar de manera constant l'assistència mèdica, és a dir, la salut dels ciutadans de Lleida.

Així mateix, el Col·legi treballarà per fer desaparèixer aquella imatge tancada i fosca de la institució, que semblava estar només al servei d'unes prerrogatives i d'uns interessos de classe caducs. Així mateix, s'ha de desmitificar la tasca de metges i metgesses per tal que exerceixin la professió amb humilitat, llibertat i responsabilitat tot acceptant els errors i els dubtes de la mateixa manera que s'accepten les limitacions humanes.



sumari

Programa d'Atenció a la Dona

Drs. Costa, Capdevila, Rosell, Buti i Santafé i Sra. Costa

PÀGINA 04

La ciutat reconeix públicament la labor del COML

Lliurament de la placa de la Paeria al mèrit científic, pregó de festes del president i taula rodona sobre Medicina i Mitjans de Comunicació

PÀGINA 08

Educació per a la salut

Dr. Fernando Marqués i professor Salvador Sàez

PÀGINA 14



La Paeria lliura la placa al mèrit científic al COML

Foto portada: AIS FOTOGRAFIA

Cobertura del 100% l'any 2001

Dr. Josep Costa i Borrat · Cap de la Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida, ICS
Sra. Dolors Costa i Sampere · Responsable del PAD, Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida, ICS
Dr. Jaume Capdevila i Mas · Coordinador d'Atenció Primària Centre i Lleida, ICS

El Programa d'Atenció a la Dona (PAD), que es desenvolupa durant aquest any 2000 a Lleida, comprèn un conjunt d'activitats que tenen un objectiu comú: donar una assistència integral i de qualitat a la dona i a la família en la vessant reproductiva per promocionar la salut, i prevenir i atendre la malaltia.

El programa ha d'adaptar-se a les necessitats i característiques de la població a la qual s'adreça. La població ha de rebre d'aquest programa una educació que li permeti, a banda de preservar la seva salut, adquirir autonomia i responsabilitat pròpies. D'aquesta manera serà capaç, no només d'utilitzar una oferta institucional, sinó també de detectar les seves pròpies necessitats i crear la demanda.

Per dur a terme aquests objectius, s'ofereixen activitats tant assistencials com educatives, que mereixen igual importància.

Per tant, caldrà vetllar per tenir els elements necessaris a fi que els pro-

grames educatius puguin desenvolupar-se alhora que els programes assistencials.

Professionals implicats

L'equip del PAD està format per ginecòlegs/òlogues especialitzats en obstetrícia, llevadors/ores, personal auxiliar de suport i professionals dels centres de planificació familiar municipals en aquells àmbits en què s'han integrat al PAD, que treballen en equip i de forma coordinada.

Diferents serveis hi estan implicats: els equips d'Atenció Primària (EAP), les unitats d'Atenció a la Dona de l'Atenció Primària i els serveis especialitzats dels hospitals de referència, i cadascun d'aquests serveis desenvolupa les activitats que li pertocuen.

Així mateix, es recomana que l'equip del PAD iniciï el programa en un primer nivell, és a dir a l'ABS, d'una forma integrada i coordinada amb l'EAP, ja que s'entén que el PAD és un servei de primària que dona suport a les ABS.

La continuïtat dels serveis és, també, un dels aspectes que cal remarcar, i el programa ha d'oferir aquesta possibilitat. Això vol dir que la dona podrà comptar amb el mateix equip de professionals al llarg de la seva vida reproductiva (embaràs, planificació familiar, menopausa...), tant per atendre patologies com per a la vessant preventiva.

Cartera de Serveis

La Unitat d'Atenció a la Dona ofereix una cartera de serveis que inclou els programes següents:

1. Atenció als joves.
2. Planificació familiar.
3. Atenció maternoinfantil.
 - a. Control i seguiment de l'embaràs.
 - b. Educació maternal.
 - c. Atenció al puerperi.
 - d. Recuperació postpart.
4. Atenció a la menopausa.
5. Prevenció del càncer de cèrvix.
6. Prevenció del càncer de mama (la Regió Sanitària de Lleida ha estat

capdavantera en el cribatge poblacional de totes les dones de 50 a 64 anys).

7. Prevenció i atenció a les malalties de transmissió sexual i al sida.

8. Atenció a la patologia.

Les activitats derivades del programa es duen a terme de forma descentralitzada en els CAP, segons les necessitats de la població i la complexitat de les patologies, llevat de l'atenció al part que es duu a terme a l'hospital de referència, a l'igual que l'atenció a algunes patologies, intervencions quirúrgiques i proves específiques en les quals intervinen els CAP II.

Les activitats assistencials i educatives que es desenvolupen en el marc d'atenció a la dona han d'estar regides per uns protocols i uns circuits unificats, entre els EAP, el PAD (CAP II) i l'hospital de referència.

D'aquesta manera s'assegura la unificació de les activitats i també s'evita la duplicitat dels serveis i de les proves complementàries, i això repercuteix, sens dubte, en una millora de la qualitat assistencial i en la qualitat percebuda per la usuària/dona.

Així mateix, aquells protocols o criteris comuns mínims de recomanacions establerts i publicats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, han d'ésser aplicats dins del programa.

També, els objectius i indicadors

que s'estableixin han de seguir les línies marcades pel Pla de Salut de Catalunya i l'Organització Mundial de la Salut.

Organització de les unitats d'atenció a la dona

La ubicació, l'accessibilitat i l'organització de les activitats són factors importants per assegurar l'eficàcia del programa.

Quant a la ubicació, cal dir que les unitats d'atenció a la dona han d'assolir un equilibri entre l'economia d'escala, el nivell de qualitat que es vulgui prestar i l'accessibilitat de la població als serveis.

Això fa que algunes activitats s'hagin de fer de forma descentralitzada als centres d'Atenció Primària/ABS, al CAP II, o a l'hospital. De tota manera, si entenem que el PAD és un servei de primària de suport a les ABS, hauríem de fer esforços per apropar-lo al màxim a la població.

Pel que fa a l'accessibilitat als centres, s'han d'establir els horaris d'atenció al públic segons les necessitats de la població.

La Unitat d'Atenció a la Dona ha d'oferir, a més a més, la possibilitat de programar les visites telefòniques. Cal, per tant, establir els mecanismes adients per tal que la usuària pugui contactar per telèfon amb els professionals sanitaris quan ho necessiti.

Quant a l'organització en la programació de les activitats, ha d'anar d'acord amb la cartera de serveis:

L'activitat que genera l'atenció maternoinfantil té una atenció prioritària, ja que forma part d'un procés que té un inici i un final (quaranta setmanes), i en cada període són necessàries unes proves i unes activitats específiques, segons el protocol establert pel Departament de Sanitat i Seguretat Social (analítiques, ecografies, diagnòstic prenatal, educació maternal, visita preparat a l'hospital, puerperi al domicili, etc.). Per tant, no hi pot haver llista d'espera.

L'activitat que genera la part de ginecologia està dividida en dos grans blocs: l'activitat preventiva i l'atenció a la patologia.

L'activitat preventiva és aquella activitat programada dirigida a la població sana per tal de prevenir o detectar precoçment els càncers ginecològics, els de mama, i les malalties de transmissió sexual/sida.

En aquest tipus d'activitat la llista d'espera té una importància relativa, tot i que no hauria d'ésser excessiva.

L'atenció a la patologia és l'activitat que es genera a partir de la demanda que fan les dones per la presència o sospita d'una anomalia o també a partir de la derivació per part d'un professional.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Cartera de serveis: atenció als joves

Població diana
- Joves, nois i noies de 12 a 18 anys (ESO, batxillerat, FP, associacions juvenils).
- Joves, nois i noies de 15 a 20 anys, ampliable fins als 24 anys (atesos a la consulta jove).

Activitats
- Informació, educació sanitària i assessorament sobre sexualitat i contracepció, MTS i sida (individualment, en parella i/o en grup; en la consulta, l'escola i la comunitat). Espai jove (tarda jove), amb horari específic i amb activitats assistencials i educatives.
- Informació i consell sanitari telefònic. Línia jove específica.

- Establiment, seguiment i control de mètodes anticonceptius.
- Tractament postcoital.
- Atenció sanitària i suport psicològic a la gestant embarassada.
- Assessorament sobre les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), segons els supòsits legals, i sobre l'adopció de decisions en embarassos no desitjats.

- Suport psicològic en determinats casos en el centre del PAD, si hi ha psicòleg, o en coordinació amb l'equip de salut mental de referència.
- Educació sanitària als joves escolaritzats: assessorament sobre educació afectiva i sexual, seguint la metodologia transversal, especialment a les escoles amb problemàtica social.

- Educació sanitària als joves no escolaritzats, especialment en zones amb problemàtica social.

Cartera de serveis: planificació familiar

Població diana
- Dones i homes de 15 a 49 anys, sexualment actius.
- Cal esmentar que la franja d'edat compresa entre els 15 i els 20 anys, ampliable als 24, pot estar inclosa en aquest programa o bé en el de joves, si aquest últim està implantat.

Activitats
- Informació i educació sanitàries, i assessorament sobre sexualitat i contracepció (individualment, en parella i/o en grup; en la consulta i la comunitat).
- Orientació en l'expressió de la sexualitat i atenció a les disfuncions sexuals.
- Establiment, seguiment i control de mètodes anticonceptius i accollida a la demanda d'esterilitat quirúrgica.
- Assessorament sobre les IVE, segons els supòsits legals, i sobre l'adopció de decisions en embarassos no desitjats.
- Atenció preconcepcional: desig d'embaràs; valoració i derivació de la fertilitat, i consell genètic.
- Suport psicològic en determinats casos en el centre del PAD, si hi ha psicòleg, o en coordinació amb l'equip de salut mental de referència.

Criteris de prioritació de la població

- Les persones que tinguin un nivell socioeconòmic baix, els/les drogoaddictes, les persones amb antecedents d'IVE i els grups de risc segons les característiques de la població de cada PAD.

Cartera de serveis: control i seguiment de l'embaràs

Població diana
- Dones embarassades.
Activitats
- Diagnòstic d'embaràs.
- Classificació de risc.
- Diagnòstic prenatal d'anomalies congènites: informació i consell assistit.
Sol·licitud de la prova bioquímica en sang.
Ecografia del segon trimestre (18-20 setmanes). Aquesta ecografia es farà en l'àmbit de l'atenció primària, o en l'hospital de referència, dependrà del tipus d'ecògraf i de l'experiència de l'ecografista. El nivell 2 requereix d'ecografista amb dedicació completa i dedicat exclusivament a ecografia obstètrica i d'equip d'alta resolució. Modos B (sectorial) i TM ecobiometria informatitzada. Transductor vaginal.
- Diagnòstic prenatal d'infecció pel HIV. Informació i consell assistit.
Sol·licitud de la prova
- Control i seguiment de l'embaràs de risc baix (0), de risc mitjà (1) i de risc alt

(2), segons els casos.

- Captació de la gestant de risc socioeconòmic baix, les drogoaddictes, les primíparas, les grans multipares i les altes precoces.

Cartera de serveis: educació maternal

Població diana
- Dones embarassades i la seva parella.
Activitats
- Entrevista individual.
- Sessions informatives/educatives en grups.
- Entrenament psicofísic.

Cartera de serveis: atenció al puerperi

Població diana
- Parteres i nadons.
Activitats
- Assistència a domicili a la partera i al nadó (coordinadament amb l'EAP).
- Assistència a la consulta, a la partera i al nadó.
- Informació i educació sanitàries a la dona i a la família en el domicili (coordinadament amb l'EAP).
- Visita postpart a la consulta (3-4 setmanes després del part).

Criteris de prioritació de la població

- Les dones joves, les que tinguin un nivell socioeconòmic baix, les drogoaddictes, les primíparas, les grans multipares i les altes precoces.

Cartera de serveis: recuperació postpart

Població diana
- Parteres i nadons.
Activitats
- Informació i educació sanitàries en grup.
- Entrenament psicofísic postpart.
Criteris de prioritació de la població
- Parteres que requereixen una atenció i un suport especial.

Cartera de serveis: atenció a la menopausa

Població diana
- Dones de 50 a 69 anys.
Activitats
- Informació i educació sanitàries sobre la prevenció del càncer de cèrvix (individualment i/o en grup, en la consulta i la comunitat) (associacions de dones, grups de dones...).

- Informació, establiment, seguiment i control de tractaments.
Criteris de prioritació de la població
- Dones amb simptomatologia.

Cartera de serveis: activitats en grups sobre la menopausa

Població diana
- Dones de 50 a 69 anys.
Activitats
- Entrevista individual.
- Sessions informatives/educatives en grup.
- Entrenament psicofísic.
Criteris de prioritació de la població
- Dones amb simptomatologia.

Cartera de serveis: prevenció del càncer de cèrvix

Població diana
- Cribatge: dones de 25 a 64 anys, sexualment actives o que ho han estat, que no hagin estat intervingudes d'histerectomia.
Activitats
- Informació i educació sanitàries sobre la prevenció del càncer de cèrvix (individualment i/o en grup, en la consulta i la comunitat).
- Citologia de Papanicolaou. La prova de cribatge és la citologia, amb una periodicitat triennal després de dues citologies seguides amb resultat normal, en un interval d'un any entre ambdues. Segons el risc, l'interval entre citologies pot variar.

Criteris de prioritació de la població:
- Les dones que tenen un nivell socioeconòmic baix, les drogoaddictes, les promíscues sexualment, les que tenen amb antecedents d'MTS i dones amb sida.

Cartera de serveis: prevenció del càncer de mama

Població diana
- Cribatge: dones de 50 a 69 anys.
Activitats
- Informació i educació sanitàries sobre la prevenció del càncer de mama (individualment i en grup, en la consulta i la comunitat).
- Ensinistrament de l'autoconeixement de la mama.
- Exploració clínica de la mama.
- La prova de cribatge serà la mamografia, amb periodicitat biennal. En les dones amb antecedents familiars de càncer de mama, el cribatge s'iniciarà abans.

Cartera de serveis: prevenció i atenció a les MTS i al sida

Població diana
- Persones d'ambdós sexes, sexualment actives, que no siguin parella tançada.
Activitats
- Prevenció primària: informació i educació sanitàries sobre la prevenció de

les MTS individualment, en parella i en grup; en la consulta i la comunitat.
- Prevenció secundària: detecció sistèmica i localització de casos en grups amb comportament de risc: Diagnòstic etiològic. Presa de mostres i tècniques ràpides de laboratori. Localització i seguiment de contactes Suport psicològic en determinats casos, en el centre del PAD, si hi ha psicòleg, o en coordinació amb l'equip de salut mental de referència.

Criteris de prioritació de la població:
- Joves, drogoaddictes i persones promíscues sexualment.

Cartera de serveis: atenció a la patologia ginecològica

Població diana
- Totes les dones.
Activitats
- Informació i educació sanitàries, adreçades a la patologia que presenta la dona.
- Exploració ginecològica adreçada a la patologia que presenta la dona.
- Tractament, seguiment i control de les alteracions/patologies, derivades del cribatge del càncer de mama i cèrvix.
- Tractament, seguiment i control d'alteracions/patologies, derivades del cribatge de les MTS.
- Tractament, seguiment i control d'altres alteracions/patologies.

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Aquesta activitat s'ha de resoldre en un temps prudencial, que dependrà de la patologia mateixa.

Consulta d'acollida

Per altra banda, el Programa d'Atenció a la Dona disposa d'una consulta d'acollida per atendre la dona el mateix dia que presenti un problema de salut relacionat amb ginecologia i obstetrícia, o perquè necessiti fer alguna consulta.

Les activitats d'educació sanitària tenen lloc a la consulta i a la comunitat, de forma individual o en grups, segons el tipus d'activitat.

L'atenció als joves s'ha d'organitzar en un horari específic i diferenciat de la resta d'activitats (tarda jove), per tal de facilitar l'accés dels joves i garantir la seva confidencialitat.

Actualment, el Servei Català de la Salut ha implantat 37 Programes d'Atenció a la Dona, dels quals 26 són gestionats per l'ICS i 11 per entitats alienes (mútues, consorcis i hospitals, entre d'altres). Això suposa que un 84,09% del territori català disposa d'aquest programa. La previsió per a l'any 2001 és que la cobertura arribi al 100%.

Bibliografia

- Decret 283/1990, de 21 de novembre, pel qual es crea el Programa Sanitari d'Atenció a la Dona i s'estableixen normes per a la vinculació a aquest programa dels professionals sanitaris implicats. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 1990; (1374): 5450-1.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
- Institut Català de la Salut. Criteris d'implantació i seguiment del Programa d'Atenció a la Dona a l'Atenció Primària. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1997.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1a edició, 1999.
- Institut Català de la Salut. Indicadors bàsics establerts per a l'avaluació del Programa d'Atenció a la Dona. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1999.
- Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Centre. Acord per a la provisió de serveis i gestió del Programa d'Atenció a la Dona. Contracte de compra de serveis. Període de contractació 1999-2001. Sant Cugat: Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Centre, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control de les malalties de transmissió sexual. 1 Quaderns de Salut Pública. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. DSSS, 2a edició, 1999.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La dona i la infecció per l'HIV. Manual per a professionals sanitaris. Barcelona: Programa per a la Prevenció i Assistència de la Sida. DSSS, 1a edició, 1999.

Algunes deficiències

Dr. Ricard Rosell Polo · Servei Ginecologia, Hospital Arnau de Vilanova

Vaig tenir el primer contacte amb el Programa d'Atenció a la Dona (PAD) l'any 1995, tot just després d'acabar la residència d'obstetrícia i ginecologia. Es tractava d'una plaça de primària (ambulatori), i calia iniciar el PAD des de zero, almenys en alguns dels apartats que vàrem dur a terme, i que semblaven abandonats, com era el cas de l'*screening* de càncer de cèrvix uterí, l'*screening* de càncer de mama i l'atenció a la dona menopàusica.

En els tres anys en què vaig estar engrescat en aquella tasca, vaig poder fer molta feina, però alhora vaig poder observar algunes deficiències importants en el desenvolupament del PAD a Lleida. Per resumir, podria dir que vaig treure dues conclusions:

1a: El PAD era una necessitat evident. La demanda va ser creixent i ens va superar ben aviat.

2a: El programa necessitava molts recursos per poder donar l'abast.

Feta aquesta introducció, voldria parlar una mica d'aquells punts que trobo de més interès del PAD, especialment en el que pertoca als ginecòlegs.

El PAD abarca molts camps, podríem dir que tots els que tenen una relació específica amb la dona, ja sigui patologia o prevenció i promoció de la salut. Això suposa que una gran part de la tasca que s'ha de dur a terme es faci des de l'Atenció Primària, ja sigui per part dels metges de família, les llevadores o els ginecòlegs. D'altra banda, comporta una tasca hospitalària més específica, relacionada amb la patologia derivada i la referent a l'atenció al part, on intervenen bàsicament ginecòlegs i llevadores.

Si tenim en compte que l'orientació fonamental del PAD és de prevenció i promoció de la salut, ens trobem amb dos fets:

1. Es genera molta tasca assistencial per tal d'atendre tota la població femenina.

2. Cal la participació de diversos professionals, i l'activitat estricta dels ginecòlegs.

Potser siguin aquests dos punts els que comportin els principals problemes per una correcta implantació del PAD s'ultrapassa la regió sanitària.

Si ens referim al primer punt, per tal d'aplicar correctament el PAD a tota la població femenina de Lleida, caldria destinar força recursos, humans o econòmics, al programa. Dels dèficits en dotació se'n deriven molts problemes ja d'entrada, perquè es creen expectatives en la població i en el personal sanitari que queden embossades en qüestió de mesos, i si la feina

es fa bé, les llistes d'espera acaben enfonsant el mateix programa.

Probablement no cal gaires diners per portar correctament el PAD, però sí que caldria gestionar millor i amb objectivitat els recursos humans i econòmics de què es disposa.

En referència al segon punt, aquest quasi vindria obligat pel punt anterior. Si se suposa que només els ginecòlegs haurien de fer funcionar tots els apartats del PAD per a totes les dones de Lleida (150.000 ?), aquesta tasca resulta evidentment impossible. És per això que cal una col·laboració amb altres professionals (a part que algunes feines del PAD surten de la tasca del ginecòleg).

Les llevadores, que sembla que estiguin decidides a superar la imatge clàssica de dona que atén els parts i proud, gràcies a la nova formació, s'estan convertint en "tècniques en la dona", fet que els obre un ampli ventall d'activitats, i les fa especialment aptes per treballar en el PAD, on ajuden a donar cobertura a tota la població.

També els metges de capçalera podrien col·laborar en el programa, participant tant en els tractaments com en els seguiments, i facilitant l'accessibilitat del PAD a tota la població.

Voldria, tot seguit, fer esment d'un conflicte important: per què hi ha, en general, una visió negativa del PAD per part de molts ginecòlegs?

Cal tenir en compte, d'una banda, que en l'elaboració del PAD no n'hi van participar gaires. Dona la sensació com si s'hagués fet a la seva esquena.

A més, el PAD atorga a les llevadores el protagonisme del programa (o almenys aquesta és la sensació), i frega en molts camps el que podríem anomenar "intrusisme professional".

Aquestes impressions no han col·laborat pas al fet que el programa rutlli gaire bé.

Fins i tot alguns estaments oficials de ginecologia critiquen aquest programa, pel fet que hi ha ginecòlegs a l'atur, i es pretén que llevadores o metges de capçalera assumeixin feines que els ginecòlegs creiem nostres.

En la meua opinió, el PAD pot tirar endavant, parteix de bones idees, però necessita estímuls diversos, econòmics (dotació, mitjans) i un personal que s'hi involucri molt, que treballi en equip. No resulta positiu forçar canvis radicals en alguns professionals, que poden fer malbé un programa amb facilitat. I no pot ser que des de l'administració s'obrin programes que no se sap ben bé com es duran a terme, ni fins on es podrà arribar.

Fragmentació de l'assistència

Drs. Miquel Buti i Plácido Santafé · ABS Eixample i Balàfia

Entenem que un Programa d'Atenció a la Dona és un conjunt d'activitats, amb els seus corresponents recursos humans i materials, que s'adrecen a donar resposta a les necessitats de salut de la dona en l'àrea obstetricoginecològica. Aquest concepte engloba els aspectes de promoció de la salut, prevenció de malaltia, guariment i rehabilitació. Incorpora un aspecte peculiar i diferenciador d'altres àrees: l'activitat reproductora, o Planificació Familiar, en els seus vessants de diagnòstic i tractament de la infertilitat a més de l'anticoncepció.

Aquests programa intervé en tots els problemes relacionats amb els aparells i sistemes reproductius de la dona, i inclou totes les etapes vitals des de la menarquia fins a la mort. Les actuacions assistencials es fan d'una forma conjunta i harmònica, des d'una perspectiva biopsicosocial que caracteritza el nostre sistema sanitari.

Pel que fa a l'organització i a la pràctica, pot estructurar-se en subprogrames d'atenció a problemes específics:

- Patologia ginecològica
- Planificació Familiar
- Obstetrícia. Tocologia
- Prevenció del càncer femení
- Atenció a la menopausa: THS, osteoporosi.

L'esmentada distribució no indica que constitueixi apartats independents, sinó que s'engloba en un únic conjunt, integrat en un sol equip, amb un únic suport informatiu (història clínica) i, idealment, atès per un mateix professional que dona continuïtat.

Com la resta d'assistència sanitària, l'atenció a la dona comença en el primer esglaió o porta d'entrada a l'estructura sanitària: el metge de família. Aquest especialista és el que rep la dona, la informa, té cura del seguiment de les revisions periòdiques de salut i assisteix la patologia més freqüent. A més, és l'encarregat de derivar a les consultes especialitzades, de forma selectiva i amb la prestesa necessària, els problemes que no pot resoldre.

Portar a terme aquestes tasques requereix una perfecta coordinació entre els diferents esglaons que duen a terme l'activitat, es basen en protocols d'actuació conjunta que faciliten l'enteniment i compten amb els mitjans adequats en cada nivell.

La realitat de l'atenció a la dona en el nostre àmbit es troba lluny d'assolir aquestes premisses conceptuals bàsiques per diferents raons:

- L'assistència integral a la dona es veu compromesa, ja que es duu a terme d'una forma fragmentada i inconnexa per mitjà de diferents professionals separats en diferents estructures físiques i organitzatives amb poca o nul·la coordinació entre ells (ginecologia, tocologia, prevenció del càncer, planificació familiar). Aquesta distribució (no ens podem referir a aquesta amalgama com a sistema organitzat), dificulta per la seva complexitat la derivació des del primer esglaió; provoca duplicitats innecessàries de reconeixements i proves que ha de patir la dona; crea barreres d'accessibilitat, temps de demora perllongats i evitables, a més de desorientació tant en la usuària com en els professionals de medicina de família.

- Escassa difusió de les activitats ginecològiques al col·lectiu de metges de família, manca de col·laboració en la creació de protocols consensuats i sense una definició clara del paper d'aquests professionals amb referència a l'àrea d'atenció a la dona. Tradicionalment, l'atenció específica als problemes de la dona es fa de forma especialitzada, i s'inclouen els problemes més banals que poden ser resolts amb la mateixa eficàcia al primer nivell assistencial. Això provoca una disminució de l'eficiència global del sistema.

Aquesta desestructuració ha provocat en la usuària tipus una cultura de demanar la derivació davant de qualsevol problema, per la qual cosa ella mateixa s'integra a la desestructuració, ja que sol·licita la derivació directament, sense referir el problema al seu metge de capçalera, o bé busca vies alternatives al sistema públic de salut. Això comporta una tasca poc gratificant per al metge de família, que limita la seva activitat a la tramitació burocràtica (una funció d'*urbà* no modificadora de la demanda) al mateix temps que el responsabilitza i l'implica en les llistes d'espera generades.

Davant la situació descrita, caracteritzada per una fragmentació de l'assistència realitzada pels diferents professionals i amb llargues llistes d'espera, és fàcil -de fet, és comú- que la pacient busqui fora

del servei públic un professional amb el qual pugui establir una relació de confiança i confidencialitat per donar resposta als seus problemes ginecològics de forma integral i continuada.

Quasi invariablement retornarà a la consulta del seu metge de família per intentar aconseguir financiació pública a la prescripció i/o proves demanades. El professional s'enfronta aleshores a un dilema ètic: denegar la demanda, basant-se en la normativa imperant, contra la legitimitat de la dona que a càrrec dels seus recursos busca la solució al seu problema que no ha rebut en el sistema sanitari públic, o donar-hi, a despit de la normativa i moltes vegades sense la informació suficient que acrediti la conveniència de la prescripció.

En definitiva, el metge de família està mancat de protocols d'actuació, de coordinació amb el nivell especialitzat, de mitjans tècnics i habilitats per resoldre els problemes de l'àrea d'atenció a la dona, topa amb els obstacles generats per una atenció disgregada i amb absència de retroinformació, està pressionat habitualment per les demandes excessives d'un cupo macrodimensionat, actua d'espectador passiu, sense atrevir-se a animar la dona a incorporar-se a les activitats preventives i, fins i tot dona suport dissimuladament a les que decideixen buscar resposta fora del sistema públic.

Davant d'aquesta situació, creiem que seria lògica una racionalització de l'assistència a la dona dins d'un macroprograma, que integrés tant l'assistència hospitalària com la primària, on el metge de família presenti un paper més actiu i definit. Per aconseguir aquest objectiu seria necessari un programa de formació continuada, que implicés tant els ginecòlegs com els metges de família, a fi d'adquirir coneixements, habilitat i actituds per portar a terme les tasques més senzilles i donar resposta als problemes més freqüents en l'àmbit de l'Atenció Primària. Pràctiques tan senzilles-com consensuar la informació mínima necessària que ha de tenir el full de derivació i el seu retorn a la primària, serien en si mateixes un gran pas i potser la primera pedra sobre la qual assentar construccions més satisfactòries per als professionals i les usuàries del sistema públic.

La ciutat reconeix públicament la labor del COML

El Col·legi de Metges de Lleida va protagonitzar l'inici oficial de la Festa Major de la capital lleidatana, ja que l'Ajuntament va atorgar-li la placa al mèrit científic per la labor desenvolupada al llarg dels 100 anys d'història i l'alcalde, Antoni Siurana, va escollir el president del COML pregoner de les festes.

Textos: Magda Ballester

El president del Col·legi, el doctor Rodamilans, rebia de mans de l'alcalde Siurana, el 10 de maig i en el saló de sessions de la Paeria, la placa al mèrit científic. Tot seguit, l'alcalde el convidava a pronunciar el pregó de les festes.

Les relacions establertes històricament entre medicina, llibertat i ciutat i la seva evolució van centrar la intervenció del pregoner.

El doctor Xavier Rodamilans va recordar que, en els darrers 20 anys, "s'ha produït la universalització del sistema sanitari públic i la substitució del model liberal d'exercici de la professió", ja que els professionals són avui assalariats de les organitzacions sanitàries.

"La medicina ha deixat de ser un art practicat pels professionals de forma individual i s'ha convertit en una empresa científica d'interès col·lectiu valorada per la seva cultura d'alta tecnologia", va dir.

Actualment, "l'atenció sanitària té una consideració de bé públic que compta amb el suport dels diners públics, que combaten les malalties per mitjà d'institucions, de la ciència i de la tecnologia", va afegir Xavier Rodamilans.

A més, la nacionalització de l'estat del benestar "ha transformat els comportaments individuals, amb repercussions sobre la salut, en assumptes d'interès públic", segons Rodamilans.

Així, la medicina investiga també conductes com fumar, seguir una dieta o mantenir relacions sexuals... En aquest marc, metges i metgesses han d'equilibrar la seva vocació d'advocats dels malalts amb la funció d'agents del sistema sanitari.

Xavier Rodamilans va assenyalar que la medicina "sovint, però no sempre,

ens dona alternatives per afrontar la mort, i ens fa lliures en el sentit que ens autoritza, tecnològicament, per decidir el millor per a la nostra salut".

Seguidament, va qualificar de "lluita frenètica, i de vegades absurda, posposar la mort a qualsevol preu". I va afirmar que només les comunitats "els membres de les quals sapiguem compartir una visió comuna i substancial del benestar, podem aspirar a tenir una idea coherent sobre la salut".

"L'essència de la salut ha de ser la llibertat" va dir per recomanar que "és necessari avançar cap a un sistema flexible de gestió pública o privada, en què l'eix central sigui el pacient (...), que aprofiti tots els recursos, que garanteixi l'autonomia professional en la gestió de les institucions, que orienti els hospitals a cobrir les necessitats de la ciutadania i que estimuli la investigació".

Salut i societat lliure

La cooperació de totes les parts implicades en la vida humana és indispensable, perquè "la llibertat de l'individu solament es respecta amb la participació de tothom (...) i solament és possible gaudir de la salut en una societat lliure".

Per això, el president del COML recomana acceptar com qualsevol altra limitació humana la possibilitat d'error de metges i metgesses. "Us puc assegurar que per al Col·legi de Metges, i per a mi, ser lliures significa ser responsables i per a les dues coses cal ser humils i contribuir, definitivament, a la desmitificació del poder del metge", va concloure.



En la fotografia superior, l'alcalde lliura al president del COML la placa al mèrit científic. Les fotografies inferiors mostren un moment del pregó i la signatura del doctor Rodamilans en el llibre d'honor de l'Ajuntament de Lleida.

Medicina i mitjans de comunicació

Text: M.B.

La taula rodona *Medicina i Mitjans de Comunicació*, celebrada el 12 d'abril al COML, va posar de manifest una situació prou coneguda: els metges desconfien dels periodistes i aquests recelen dels metges. Resultat? Una falta de comunicació crònica i una sensació de conflicte permanent entre les dues professions que gestionen els drets constitucionals a la salut i a la informació.

Els primers a exposar les seves percepcions i experiències foren els periodistes convidats al debat: Jesús Riverola, president de la demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes; Ramon Mesull, delegat de TV3 a Lleida; Juan Cal, director executiu de Segre, i Josep Ramon Correal, director de publicacions de *La Mañana*.

Les quatre intervencions inicials dels periodistes, que moderava Sebastià Barranco, coincidien totalment: el metge, un *intocable* en l'escala social fins fa uns anys, no ha assumit que de vegades s'equivoca i que ha de donar explicacions públiques de les seves actuacions. Per això, no confirma ni desmenteix informacions i veu el periodista com un element pertorbador, que comet errors en explicar fets científics per mitjà d'un llenguatge divulgatiu. Ara bé, el metge va a buscar el periodista quan li interessa publicar notícies positives.

L'autocrítica dels periodistes passava per reconèixer i criticar pràctiques sensacionalistes o grogues, sobretot en programes basats d'algunes televisions. També destacaven que les redaccions pateixen una manca de professionals especialitzats en temes sanitaris i científics. Una mancança que cobreixen els grans mitjans, però que està fora de l'abast dels locals. I alertaven els assistents, no obstant això, que la impossibilitat de confirmar una informació per la negativa dels metges no invalida la publicació de fets d'interès per a la ciutadania.

La rèplica dels metges prenia cos, poc després, en un debat llarg, intens i viu. Des de l'òptica dels professionals de la medicina, els periodistes divulguen temes sanitaris i científics de manera imprudent i sensacionalista amb l'objectiu d'augmentar les vendes dels productes informatius. A més, certes notícies envaeixen innecessàriament el dret a la intimitat de les per-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

sones malteses o qüestionen de forma injusta la professionalitat dels metges.

Les intervencions dels assistents assenyalaven que els efectes d'informacions sense contrastar sobre els resultats de les investigacions científiques resulten perillosos per a la gent del carrer, que no disposa de l'educació adequada per interpretar-les i és vulnerable. Així, els mitjans de comunicació creen falses expectatives de curació i donen una imatge màgica de la medicina. Hom posava en dubte, també, que algunes d'aquestes notícies siguin realment d'interès públic.

No va haver-hi, evidentment, conclusions finals.

A l'inici de l'acte, el president del COML, Xavier Rodamilans, havia expressat el desig de subscriure amb els periodistes un simbòlic "pacte de valors, que vetlli per la interpretació dels fets" i els oferia facilitar els canals d'informació necessaris. Aquesta voluntat de mantenir obert el diàleg entre les dues professions, malgrat que ningú no confia en la desaparició total dels conflictes, és el millor resultat de la taula rodona.

Taula rodona amb els directors dels mitjans de comunicació lleidatans.

ACTIVITATS CENTENARI

Bici Mèdica

Dia: 3 de juny
9 hores · Sortida des d'Squash Lleida (c/ Humbert Torres)
Circuit: Camí de Montcada - la Cerdera - Plans d'Alguaire - Tornada
 L'arribada està prevista a les 12.40 hores, al mateix lloc de sortida, on podreu dutxar-vos i descansar. Tot seguit tindrà lloc un dinar de germanor.
Preu de l'activitat: 1.000 ptes.
Responsable: Dr. Josep M. Casa Iglesias

Jornada a La Seu d'Urgell

Dia: 10 de juny
Lloc: La Seu d'Urgell
8 hores · Sortida de l'autobús des del Camp d'Esports de Lleida.
10 hores · Recepció a l'Ajuntament de la Seu d'Urgell.
10.15 hores · Conferència "El metge viatger", a càrrec del Dr. José Luis Fernández Roure, cap de la Unitat de Malalties Tropicals i Vacunacions Internacionals del CAP Drassanes de Barcelona.
11.15 hores · Visita guiada pel centre històric de la Seu.
12.15 hores · Rafting al parc del

Segre (cal portar banyador i tovallola).
15 hores · Dinar al Parador de Turisme, on es mostra l'exposició fotogràfica sobre viatges del Dr. Santi Roura i Mas.
17.30 hores · Comiat i retorn
Preus de l'activitat
 Col·legiats **3.000 ptes.**
 Acompanyants **5.000 ptes.**
 Aquests preus inclouen la participació voluntària a totes les activitats. Per tal de fer les reserves truqueu al Col·legi de Metges de Lleida, pregonteu per M. Àngels.
Responsables: Dra. Isabel Carvajal, Dr. Santi Roura, Dr. Manel Herce i Dr. Enric Martí
Hi col·labora: Lab. URIACH

Pesca-mosca (Barruera)

Dies: 17 i 18 de juny.
 L'arribada, si voleu, serà a l'hotel a partir de les 16 hores del dia 16.
Preu de l'activitat: 3.000 ptes.
Responsable: Dr. Flores i Dr. Frutos

Medi-golf a Raimat

Dia: 24 de juny
9 hores · Camp de golf de Raimat
Preu de l'activitat: 2.000 ptes

Responsable: Dr. J. M. Samsó

Homenatge Medicina Rural

El Col·legi, dins dels actes del Centenari, vol retre un homenatge als companys i companyes que han dedicat i dediquen la seva tasca a la Medicina Rural.

Per això s'organitza una trobada a Balaguer, el dia **29 d'octubre**, amb el següent programa:

De 10 a 11 hores · Visita guiada per la ciutat de Balaguer i els seus monuments.

12 hores · Acte institucional al Teatre Municipal.

14.30 hores · Dinar de germanor amb una bona cassolada.

Posteriorment, ball fins que el cos aguanti.

Cal conèixer el nombre de persones que us acompanyaran per tal de poder-ho organitzar millor. Comuniqueu a la Sra. M. Àngels, al Col·legi, abans del dia 30 de juny.



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

- Lliure 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

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2º edif. Trading-Balmes
 Tel.: 973 26 92 11

adeslas
 ASSEGUANCES DE SALUT





Seqüència del pòlip-càncer de còlon

El càncer colorectal

Textos: Grup de Recerca Clínicoexperimental de la Neoplàsia Colorectal

El càncer colorectal (CCR) és la neoplàsia del tub digestiu més freqüent. És la tercera neoplàsia en ordre de freqüència en la població mundial i suposa quasi el 15% de tots els nous càncers. La incidència és més elevada als països occidentals i, a Europa, és la segona neoplàsia més freqüent, després del càncer de pulmó en els homes i el de mama en les dones.

A Espanya la incidència global és de 10 per 100.000 persones, i s'observa un marcat increment en ambdós sexes. El CCR és infreqüent abans dels 50 anys, però la seva incidència augmenta ràpidament a partir d'aquesta edat. A l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida es reconeixen i s'intervenien quirúrgicament uns 120 nous casos per any.

Pel que fa a la mortalitat, en el nostre medi representa la segona o tercera causa de mort per càncer segons els diferents registres. A Catalunya s'observa un augment de la mortalitat per càncer de còlon en l'última dècada, mentre que roman estable la de recte.

Totes aquestes xifres impliquen que actualment el càncer colorectal sigui un problema important de salut pública. Malgrat l'avançament en el diagnòstic precoç, en els coneixements genètics i les noves tècniques diagnòstiques i de *reseabilitat* quirúrgica, el pronòstic del CCR gairebé no ha canviat en els últims 50 anys, i només ha aconseguit una petita i insatisfactòria millora. Aquest entorn desfavorable explica els esforços encaminats a trobar factors preventius, de diagnòstic precoç i indicadors pronòstics del curs clínic del CCR.

La *reseabilitat* quirúrgica ofereix les millors i úniques possibilitats de cura-

ció, encara que hi ha malalts que poden beneficiar-se d'altres opcions terapèutiques adjuvants com poden ser la quimioteràpia i/o la radioteràpia.

És conegut que el resultat de l'estudi anatomopatològic i l'estadiatge són factors importants per decidir quins malalts han de rebre quimioteràpia o combinacions de quimioteràpia i radioteràpia. En el moment del diagnòstic un 41% presenten malaltia localitzada, un 35% malaltia d'afectació regional, un 16% presenten metastasi a distància i un 8% no es coneix l'estadi.

La supervivència mitjana pel que fa als diferents estadis als 5 anys és del 92% per la malaltia localitzada, el 64% pel càncer amb metastasi regional i el 7% per les neoplàsies diagnosticades amb metastasi a distància. Malgrat això, hi ha una àmplia variació en el percentatge de recidives i la supervivència dels malalts, fins i tot dins d'un mateix estadi. El 80% dels pacients que recidiven ho fan durant els dos primers anys de seguiment; el percentatge de recidives esperades es calcula en un 20% dels pacients intervinguts amb cirurgia radical amb intenció curativa. Es necessiten factors addicionals i independents per poder predir d'una manera més fiable el pronòstic d'aquests malalts i saber en quins la resecció quirúrgica és potencialment curativa.

El nostre grup de recerca, integrat actualment per Joan Viñas i Salas, com a director; Carme Piñol i Felís, Josep M. Reñé i Espinet, Juan Buenestado García, M. Antonia Salud Salvia, Ramón Egidio García, Pilar Biendicho Palau, Santiago Miguelsanz García, i Sergio Pérez-Holanda, amb la

col·laboració dels Drs. Xavier Gómez i Arbonés i Josep Macià i Virgili, i amb el nom inicial de Grup de Recerca Clínicoexperimental d'Estudi de la Biologia Cel·lular en Neoplàsies, s'ha especialitzat en l'estudi del càncer colorectal des de dos punts de vista: el clínic i l'experimental.

Estudis en l'animal de laboratori

La dificultat de dur a terme estudis prospectius dels factors etiopatogènics, causants o promotors del càncer de còlon humà, fa necessària la inducció de neoplàsies de còlon experimentals en animals de laboratori amb carcinògens químics.

La carcinogènesi experimental amb dimetilhidracina (DMH) és un model ben establert que mostra forts paral·lelismes amb el càncer de còlon humà. L'any 1988 vàrem iniciar els nostres estudis d'inducció tumoral amb DMH. En una primera etapa vàrem optimitzar el model carcinogènic quant a dosis i temps d'inducció tumoral, i vàrem estudiar les característiques morfològiques de la mucosa de còlon normal i tumoral del còlon de la rata, amb microscòpia convencional i microscòpia electrònica de rastreig.

Evidències epidemiològiques prèvies han posat de manifest el paper de factors ambientals dietètics en el desenvolupament d'aquesta neoplàsia. Per una banda, s'ha establert el paper desfavorable del consum de greixos total, i sobretot, els d'origen animal i, per una altra banda, l'efecte protector de la fibra —en concret de les verdures—, i s'ha postulat un efecte beneficiós del consum de calci, de vitamines i de certs metalls.

Les nostres investigacions posteriors es van adreçar en aquest sentit. Els suplementes dietètics de vitamina A i de calci s'han mostrat clars inhibidors de la carcinogènesi en el nostre model experimental. En canvi, petits suplementes a la dieta de seleni, un agent antioxidant, no han mostrat efectes significatius en la disminució tumoral.

Hem assajat l'ús de substàncies amb un possible efecte potenciador (cocarcinogen) de la DMH, com l'alcohol, el qual no ha modificat la carcinogènesi de còlon experimental induïda per

DMH en rates.

També hem utilitzat el model experimental per comprovar l'efecte de la cirurgia derivativa i del tipus de material de sutura que s'empra. Hem observat que els materials de sutura no reabsorbibles (seda) produeixen un augment en el nombre de neoplàsies observades respecte a material reabsorbible (poliglicòlic).

En aquest moment estem portant a terme estudis dietètics de l'efecte que els olis, i en concret l'oli d'oliva, poden tenir sobre el comportament d'aquesta neoplàsia.

Estudis clínics

Els nostres treballs s'han centrat, per una banda, a establir la utilitat clínica de l'estudi del contingut en ADN i de l'activitat proliferativa en el càncer colorectal per a la identificació de pacients amb risc elevat de recidiva, i per tant, de rebre teràpia adjuvant a la cirurgia, amb la qual cosa és millora l'eficàcia del tractament dels malalts amb càncer colorectal.

També els nostres esforços estan adreçats a la identificació de les lesions premalignes associades a ADN anormal, com el cas dels pòlips, per conèixer millor l'evolució de la seqüència pòlip-càncer de còlon.

És conegut que l'evolució i el creixement dels tumors depèn de la seva

◆ Els treballs experimentals traten de descobrir factors etiopatogènics

◆ Els treballs clínics intenten identificar casos amb risc elevat de recidiva

activitat proliferativa, tanmateix, aquesta proliferació es pot contrarestar amb una variació en el percentatge de cèl·lules que entren en mort programada (apoptosi). El balanç proliferació-apoptosi és el responsable últim del creixement tumoral net. En els nostres estudis mesurem per citometria de flux el percentatge de cèl·lules apoptòtiques i simultàniament les fases del cicle cel·lular, tant dels tumors com dels pòlips colorectals.

Recentment, hem iniciat l'estudi de l'activitat de la telomerasa en el CCR. Els telòmers són estructures específiques que es troben als extrems dels cromosomes de les cèl·lules eucariotes i actuen protegint-los i estabilitzant-los. A les cèl·lules somàtiques, a cada divisió cel·lular, els telòmers s'escurcen, i les cèl·lules entren en fase de senectut i posteriorment de mort cel·lular. La telomerasa és una ribonucleoproteïna que actuaria inhibint l'escurçament del telòmer, per tant, l'expressió de l'activitat de la telomerasa en les cèl·lules neoplàsiques pot ser una etapa necessària i essencial pel desenvolupament i progressió tumoral.

També estem investigant factors pronòstics de l'evolució del càncer colorectal, tant biològics, com hem explicat, com clínics, quirúrgics i oncològics. Col·laborem en un estudi multicèntric europeu sobre el seguiment dels malalts amb càncer colorectal, estudi en el qual comptem també, a més de la Dra. Salud, amb la col·laboració de la Dra. Anna Balil i Gilart.

Els resultats en aquest doble vessant, carcinogènesi experimental i humana, confiem que ens ajudin a conèixer millor l'etiopatogènesi i el comportament biològic del càncer colorectal, neoplàsia, d'una gran transcendència en una societat com la nostra.

¿Recibe una pensión?

¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:

ANTICIPO DE PENSIÓN • TARJETAS GRATUITAS
REGALO SEGURO • MEDICO 24 HORAS
ASISTENCIA DOMICILIARIA • SERVICIO DE VACACIONES
Y VEINTE VENTAJAS MÁS.

Todo esto puede ser Gratis.

Y por supuesto: Libreta de Ahorro sin comisiones de administración y mantenimiento. Servicio de Banca Telefónica y Electrónica por Internet Gratuitos. Seguros Gratuitos. Crédito Directo Pensión en condiciones especiales...

902 40 40 70



LA ATENCIÓN QUE USTED MERECE



BANCO POPULAR ESPAÑOL
BANCO DE CRÉDITO BALEAR
BANCO DE ANDALUCIA
BANCO DE GALICIA
BANCO DE CASTILLA
BANCO DE VASCONIA

L'educació per a la salut

Els nous enfocaments que des de la constitució de l'OMS el 1948 s'han donat a la salut, que la consideren un concepte positiu i no l'absència de malaltia, han provocat una gran nombre de conferències i trobades internacionals des de les quals s'han donat noves directrius.

Textos: Doctor Fernando Marqués Molías i professor Salvador Sáez Cárdenas (Escola d'Infermeria de la UdL)

Il·lustració: Paco Ermengol · Fotos: Lluís Vidal

Antecedents

Els nous enfocaments que des de la constitució de l'OMS el 1948 s'han donat a la salut, que la consideren com un concepte positiu i no com l'absència de malaltia, han provocat un gran nombre de conferències i trobades internacionals des de les quals s'han donat noves directrius i estratègies per aconseguir que la salut sigui realment un dret i un patrimoni de tots.

Fent un repàs a aquests esdeveniments, que han marcat les tendències de les polítiques sanitàries dels països occidentals en els últims anys, destacarem algunes dates que han sigut rellevants en el desenvolupament del concepte de salut.

En la dècada dels quaranta i després de la Segona Guerra Mundial, es produeix el naixement d'organitzacions internacionals com l'ONU i l'OMS, entre d'altres. També en aquesta dècada es comença a parlar de l'estat del benestar, basat fonamentalment en l'educació i la sanitat com a eixos del desenvolupament social i econòmic de la població.

El fort desenvolupament econòmic que es produeix en la dècada dels cinquanta fa evolucionar també l'estat del benestar en els països que dediquen una gran part del pressupost a la seua evolució, la qual cosa genera sistemes sanitaris de cobertura universal que s'estenen per diversos països europeus.

A Espanya, i a causa fonamentalment de la guerra civil i la dictadura, que impedeix l'apropament a Europa, el desenvolupament econòmic i social és més lent, però tot i així, en l'àmbit de la sanitat, es posa en marxa l'Assegurança Obligatòria de Malaltia (SOE), que dona cobertura als treballadors i a les seues famílies i que en la dècada dels vuitanta passarà a anomenar-se Institut Nacional de Salut (INSALUD).

Al principi de la dècada dels setanta, en aquest clima d'eufòria econòmica, amb marcades diferències a favor dels països del Nord d'Europa respecte dels del Sud, es produeix la

crisi del petroli, cosa que provoca un cert desmantellament de l'estat de benestar, que per a alguns països (entre els quals hi ha Espanya) encara no havia començat.

Davant d'aquesta crisi econòmica, que fa perillar els èxits obtinguts en dècades anteriors pel que fa a la salut de la població, sorgeixen estudis i propostes per adaptar i millorar els serveis sanitaris i fer-los més eficients davant la nova situació.

Estudis com els duts a terme al Canadà (Lalonde) i als Estats Units (Denver), en els quals es posava en dubte que les inversions en salut estiguessin orientades realment

a les causes que n'originaven els problemes, i es dissenyaven els veritables determinants de la salut, van generar un moviment internacional que va tenir el seu colofó en la Conferència Internacional d'Alma-Ata, que es va celebrar el mes de setembre de 1978.

Aquesta conferència atorgava el protagonisme de la sanitat a l'Atenció Primària i promovia com a eixos d'actuació la participació de la població en la resolució dels seus problemes de salut i la col·laboració de professionals que, des d'altres àmbits de la societat, encara que no fossin els estrictament sanitaris, podien ajudar a entendre i a resoldre les veritables causes que provocaven la malaltia i la mort en les per-



recull les estratègies en aquesta matèria en cinc àrees prioritàries:

1. Establir una política pública saludable.
2. Crear entorns que donin suport a la salut.
3. Enfortir l'acció comunitària per a la salut.

sones. Aquests professionals estaven representats pels antropòlegs, sociòlegs, economistes, mestres, etc.

Aquest canvi en els plantejaments va provocar que els responsables polítics i els professionals sanitaris busquessin noves formes d'organització i d'actuació encaminades a millorar els estils de vida i el medi ambient, com a forma de millorar també la salut de la població.

Una altra vegada, una conferència patrocinada per l'OMS marcava les noves estratègies orientades a tractar els problemes reals de salut i a aconseguir determinats prerequisits, com ara la pau, adequats recursos econòmics i alimentaris, habitatge, un ecosistema estable i un ús sostenible dels recursos.

Aquesta I Conferència de Promoció de la Salut es va celebrar a Ottawa el 1986 i va donar lloc a allò que avui es coneix amb el nom de Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut, que

4. Desenvolupar les habilitats personals.

5. Reorientar els serveis sanitaris.

Aquesta primera conferència marca les directrius de la Promoció de la Salut i atorga a l'Educació per a la Salut un paper preponderant per portar a terme determinades activitats que permetin a les persones incrementar el control sobre la seua salut a fi de millorar-la.

Amb aquests antecedents, i en la mesura que és la millor eina que utilitza la Promoció de la Salut, podem definir l'Educació per a la Salut com "el conjunt d'oportunitats d'aprenentatge creades conscientment, que suposen una forma de comunicació destinada a millorar l'alfabetització sanitària, inclosa la millora del coneixement de la població amb relació a la salut i el desenvolupament d'habilitats personals que conduïx a la salut individual i de la comunitat".

Des de l'Atenció Primària, com a primer esglaó de la sanitat, però també des de l'hospital, les activitats d'Educació per a la Salut han de ser promogudes, dotades de recursos i infraestructura, han de ser impulsades i han de comptar amb el suport dels responsables de la sanitat.

També han de ser planificades, executades i avaluades pels professionals, siguin de l'àmbit de les ciències de la salut, socials o de l'educació.

La comunitat no pot prescindir de la pròpia capacitat de millorar la seua qualitat de vida ni de la capacitat de cap dels seus membres.

L'educació per a la salut a Lleida

Des de fa diversos anys es duen a terme cursos de postgrau a l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Lleida adreçats a metges, infermers, treballadors socials i mestres, que pretenen dotar aquests professionals de la formació necessària per portar a terme activitats d'Educació per a la Salut en els seus centres de treball.

Amb l'objectiu de conèixer el perfil del professional de la salut de la província de Lleida pel que fa a l'Educació per a la Salut, es va fer un estudi transversal d'observació entre tots els col·legiats de Medicina, d'Infermeria i de Treball Social de la província de Lleida.

Es va elegir una mostra de 512 persones obtinguda aleatòriament i estra-

tificada segons el pes específic de cada una de les poblacions: 252 persones eren diplomades en Infermeria, 208 llicenciades en Medicina i 64 treballadores socials. La mostra presentava un marge de confiança del 95,5% i un marge d'error de ± 4 . Es va elaborar una enquesta postal adreçada al domicili particular, en la qual es preguntava sobre variables personals i professionals i sobre aspectes relacionats amb la formació i la investigació, nivell de participació en activitats, recursos i mitjans, tot això en l'àmbit de l'EpS.

En el transcurs del mes de maig de 1996 es va elaborar el qüestionari, es va redactar la carta que s'havia d'enviar per a la presentació de l'enquesta, així com la targeta postal d'agraïment / record. Es va seleccionar la mostra i es va crear una base de dades.

Al final del mes de maig es va portar a terme una prova pilot a membres dels tres grups de població per validar la redacció i comprensió de les diverses variables, i posteriorment es van introduir els ajustos pertinents.

Durant el mes de juny es va desenvolupar la preparació de l'enquesta, es van introduir les modificacions apreciades en la prova pilot i, finalment, es va imprimir.

La primera tramesa al domicili dels enquestats es va fer al principi del mes d'octubre i tot seguit es van fer dos trameses més.

El percentatge de resposta va ser del 49,2% (252). En el primer enviament va ser del 23,8% i entre el segon i el tercer va ser del 25,3%. No es van substituir les enquestes no respostes per altres.

Es va fer una anàlisi descriptiva de totes les variables. Per a totes s'ha utilitzat el test de *ji-cuadrado* com a mesura de significació estadística, i en aquells casos que va ser possible es va utilitzar l'*odds ratio* (interval de confiança del 95%).

També s'ha utilitzat el coeficient de contingència en les variables que van resultar significatives.

Una vegada obtinguts els resultats es van discutir i es van obtenir les conclusions següents que poden ser de rellevància a l'hora de planificar activitats d'Educació per a la Salut, tant per part dels professionals, com dels responsables de la sanitat:

- L'assistència a cursos d'EpS suposa una major participació en altres activitats: publicació de treballs, assistència a jornades i congressos i sobretot investigació.

- Els professionals que assisteixen a cursos de formació en EpS valoren de manera més objectiva la suficiència o no dels recursos que hi ha en el seu àmbit de treball.

- Els professionals que assisteixen a cursos de formació en EpS valoren més positivament els recursos humans

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

que hi ha en el seu àmbit de treball. Per contra, els que no han assistit a cursos valoren majoritàriament els recursos humans com a insuficients.

- Els professionals que participen més en activitats d'EpS assisteixen amb més freqüència a cursos, jornades i congressos relacionats amb l'EpS.

- Els professionals que fan activitats d'EpS valoren de manera més objectiva la suficiència o no dels recursos que hi ha en el seu àmbit de treball.

- La major part d'activitats d'EpS que es duen a terme estan mancades de la fase de disseny i especialment d'avaluació.

La promoció i l'educació per a la salut: present i futur

És evident la preocupació en la societat pel medi ambient, per la pau, la solidaritat i la tolerància i per millorar estils de vida. Però també és evident que queda molt camí per recórrer, que la pau no és una realitat en tots els països, que la solidaritat i la tolerància conviuen amb la desigualtat i el racisme i que els joves fumen cada vegada més i els accidents de trànsit s'han convertit en una de les primeres causes de mortalitat.

Per intentar corregir aquestes dades tan íntimament relacionades amb la salut, s'han elaborat estratègies en l'àmbit mundial que indiquen el camí que s'ha de seguir en el desenvolupament de les polítiques sanitàries de tots els països per aconseguir millorar la salut de tota la població.

La Unió Internacional per la Promoció i l'Educació per a la Salut (UIPES) és una organització fundada a París el 1951, formada per més de 80 països i col·laboradora de l'OMS, l'UNICEF i la UNESCO.

L'oficina regional per a Europa es troba des del mes d'octubre de 1998 a l'Estat espanyol, a l'Escola Andalus de Salut Pública, i ha organitzat la Conferència Europea de Promoció i Educació per a la Salut, que se celebrarà a mitjan maig a Santander.

Així mateix, pel mes de juny del 2001 la UIPES ha organitzat la Conferència Mundial de Promoció i Educació per a la Salut.

Cinc prioritats per al segle XXI

La UIPES va promoure el 1997 la Declaració de Djakarta, que confirma que les estratègies i àrees d'acció de la Carta d'Ottawa són essencials per a tots els països i identifica cinc prioritats de cara a la promoció de la salut en el segle XXI:

1. Promoure la responsabilitat social per a la salut: els responsables de la presa de decisions han d'estar fermament compromesos amb la responsabilitat social. El sector públic i privat



Les activitats de promoció i educació donen cada vegada més protagonisme als veritables actors: els ciutadans.

◆ **L'Atenció Primària i l'Hospitalària han de promoure activitats educatives**

◆ **L'Escola d'Infermeria de Lleida du a terme cursos de potsgrau sobre educació per a la salut**

han de promoció la salut.

2. Incrementar la inversió per al desenvolupament de la salut: es requereix un enfocament multisectorial que inclou recursos addicionals per a l'educació, l'habitatge, així com per al sector salut.

3. Consolidar i expandir la col·laboració per a la salut: és necessària la col·laboració i el desenvolupament social entre els diferents sectors i a tots els nivells de la gestió dels temes públics i la societat.

4. Augmentar la capacitat comunitària i *empowerment* a l'individu: es tracta de millorar la capacitat dels individus, dels grups, de les organitzacions o de les comunitats per actuar i influir en els determinants de la salut i exigir un accés real i constant al procés de decisió i les eines i els coneixements essencials per fer el canvi.

5. Consolidar una infraestructura per a la promoció de la salut: s'han de trobar nous mecanismes de finançament tant en l'àmbit local, com nacional i global.

Tots els països haurien de desenvolupar el medi ambient polític, legal,

educatiu, social i econòmic apropiat per donar suport a la promoció de la salut.

Salut 21: salut per a tothom

Seguint el lema de Salut per a tots l'any 2000, l'OMS, en la 51 assemblea del mes de maig de 1998, va aprovar la política de "Salut per a tots en el segle XXI", que a la regió europea adopta el nom de "Salut 21. Salut per a tots en el segle XXI". Aquesta estratègia consta dels elements principals següents.

1. El principal objectiu permanent és el d'aconseguir que totes les persones assoleixin plenament el seu potencial de salut.

2. Les seues dos fites principals són:
 - Promoure i protegir la salut de les persones al llarg de tota la seua vida.
 - Reduir la incidència de les principals malalties i lesions, així com del patiment que originen.

Tres valors bàsics constitueixen els fonaments ètics:

- La salut com a dret fonamental dels éssers humans.
- L'equitat en matèria de salut i la

solidaritat d'acció entre tots els països, dins d'ells i entre els seus habitants.

- La participació i la responsabilitat de les persones, els grups, les institucions i les comunitats en el desenvolupament continu de la salut.

Quatre principals estratègies d'acció amb la finalitat de garantir que un impuls sostenible des del punt de vista científic, econòmic, social i polític dirigeixi l'aplicació de Salut 21:

- Estratègies multisectorials per fer front als determinants de la salut, tenint en compte les perspectives culturals, socials, econòmiques, físiques i de gènere, i garantint la utilització de l'avaluació de l'impacte sanitari.
- Programes i inversions adreçats als resultats sanitaris i encaminats al desenvolupament de la salut i de l'atenció sanitària.
- Atenció Primària de salut orientada a la comunitat i a la família amb un caràcter integrat, amb l'assistència d'un sistema hospitalari flexible i amb capacitat de resposta.
- Un procés de desenvolupament sanitari de caràcter participatiu, que impliqui els agents rellevants en matè-

ria de salut en la llar, en els centres educatius, en el treball, així com en l'àmbit comunitari i nacional, i que promogui la presa de decisions, l'aplicació i la responsabilitat conjunta.

"Els principis de Salut 21 s'han d'incorporar a les polítiques de desenvolupament sanitari de tots els estats membres de la regió europea i han de ser adoptats per totes les principals organitzacions i institucions europees".

La tendència actual pel que fa a les activitats de Promoció i Educació per a la Salut és donar cada vegada més protagonisme als veritables actors de la salut, que són els ciutadans mateixos.

Nosaltres, els professionals, hem d'ajudar des de la nostra responsabilitat com a metges, infermers, tècnics o responsables de serveis de salut i de polítiques sanitàries, i facilitar que aquestes activitats aconseguixin els seus objectius, que no són altres que millorar la qualitat de vida de les persones i aconseguir un món millor.

L'evolució de la higiene a la ciutat de Lleida

No era Lleida, en altres temps, ciutat que es caracteritzés per la seva netedat i atractiu. Les notícies que ens han arribat ens la descriuen formada per un seguit de carrers estrets i tortuosos, amb les aigües residuals corrent per la via pública i munts de fem amuntegats davant de les cases.

Textos: Doctors M. Camps i Clemente i M. Camps i Surroca

A Lleida, ciutat pagesa, pocs eren els habitatges que no tinguessin quadra i corral. Per no disposar, la majoria d'ells, de comuna o "privada", els veïns solien satisfer llurs necessitats a la quadra, a l'areny del riu i en altres llocs més o menys apartats, com "el fossar dels sarrains" o simplement buidaven els orinals al carrer.¹

Les mesures higièniques que les autoritats imposaven eren totes encaminades a eliminar aquestes mancances sanitàries i són força eloqüents per assabentar-nos de com era l'estat higiènic de la població.

Es prohibia llançar escombraries i animals morts pels carrers i tota mena de brutícies per les finestres, es feia retirar les restes de verdures i fruites podrides, fems, etc. S'obligava els veïns a escombrar i regar cada matí el seu carrer. També havien d'evitar la presència de tolls i aigües estancades, elements, aleshores, considerats com a importants focus d'infeccions.²

No obstant això, solament eren aplicades aquestes mesures amb contundència en temps d'epidèmies. En aquestes circumstàncies, els contraventors eren durament castigats.

Hi havia indrets amb les seves pudors característiques, com ara les peixateries; les blanqueries, on s'adobaven les pells, i els escorxadors, sobretot quan les dones tripaïres netejaven els budells dels animals, malgrat ser una pràctica reiteradament prohibida en les ordenances municipals.

En un viatge per Espanya fet per l'ambaixador de Florència Francisco Guicciardini, en passar per Lleida el 13 de març de 1512, anotà en la seva crònica que era "una ciutat petita i lletja".

Un segle després, la impressió que feia la ciutat als visitants era encara pitjor, ja que un cronista de la comitiva de Cosme de Mèdicis, al visitar-la l'any 1668, la va descriure així: "la ciudad no



Carrers del desaparegut Canyeret, el centre antic de la ciutat de Lleida.

es nada bella, siendo sus calles tortuosas, estrechas y sucias".

Banys públics

Com a contraposició a aquesta deixadesa, la societat medieval continuà l'antic costum dels banys públics. Hem de considerar que les cases, en aquells temps, no disposaven de subministrament d'aigua per les més elementals necessitats domèstiques, excepte les que, en alguns indrets de la ciutat, tenien pous privats.

A Lleida, els més importants eren els Banys del Rei, situats al subsòl de la cruïlla dels carrers Major i Cavallers. Les seves restes, encara en relatiu bon estat de conservació, aparegueren en

edificar en aquell indret la que aleshores seria la llibreria Urriza, ja desapareguda. Malauradament, no hi hagué cap interès en conservar-les.

Els segons en importància es trobaven situats vora l'església de Magdale-na.

En les excavacions fetes als baixos de la Paeria, s'han trobat restes del que sembla que també podria ser un establiment de banys.

Tot i haver normes que obligaven a la separació de sexes en l'espai o en el temps, els banys públics gaudien de mala anomenada, ja que estaven considerats com a centres de concupiscència, promiscuïtat i perquè eren escenari de tota mena de disbauxes.

La dita de l'època, "home de banys,

home de pocs anys", és prou significativa.

A la meitat del segle XIX, la ciutat encara només disposava d'un molt primitiu sistema de clavegueram, les aigües residuals sortien directament al carrer i empestaven l'ambient. En moltes cases encara no hi havia comuna i l'areny del riu continuava sent el lloc que les suplía.

Era típica la figura del merdeguer, hortolà que amb un cistell penjat a l'esquena i amb una paleta passava a recollir les defecacions per femar el seu hort. Amb admirable destresa passava les dejeccions amb una mica de terra, feia una bola i, tirant-la cap enrere, la introduïa dins del cistell.

No va ser fins a l'enderrocament de

les muralles l'any 1861, quan s'iniciaren els projectes per aconseguir l'ampliació i modernització de la ciutat.

L'any 1914, amb la construcció d'un col·lector general construït per la Canadenc (Regs i Forces de l'Ebre), paral·lelament al riu Segre, millorà una mica el sistema d'albellons. Però no obstant això, l'any 1917, l'aspecte que ofería la ciutat era encara força deplorable.

L'empedrat de quasi tots els carrers antics de Lleida era format de pedres codines posades de cantell (amb el corresponent martiri que pels peus representava trepitjar-les). En els no empedrats (que eren molts), el fang o la pols no feien més que augmentar les molèsties dels transeünts. En aquestes condicions era impossible mantenir-los nets.

Augmentava la brutícia el fet que els veïns continuaven, com en segles passats, llançant tota mena d'aigües brutes, escombraries, animals morts (rates, gats, gossos, pollastres, etc...), contravenint les ordenances que hi havia.

Per la seva part, la mainada no tenia cap inconvenient a defecar i orinar al mig del carrer.

Notes d'higiene

El Dr. Amali Prim, secretari del Col·legi durant molts anys, en les seves "Notes d'higiene" deia que amb els carrers ben empedrats i un bon servei de clavegueres, Lleida deixaria de tenir la trista fama de brutícia de què gaudia. Afegia que el 90%, i tal vegada més, de les cases de Lleida

com les de segles anteriors, quadra i corral.

Pensem que molts dels seus habitants, com hem dit abans, eren pagesos de les hortes veïnes de la ciutat.

Totes les habitacions eren fosques. Solament a l'anterior o principal, coneguda com "la sala", hi havia una finestra que donava al carrer, amb una petita obertura a la part central.

El Mercat

A principis de l'any 1917, l'Ajuntament va distribuir entre el veïnat un fulletó on explicava el projecte que tenia de sol·licitar un crèdit que li permetés adequar la ciutat al lloc que li corresponia.

Considerant les pèssimes condicions d'higiene en què s'oferien al públic les fruites, verdures i tota mena de queviures, deixades per terra entre la pols del carrer, els excrements d'animals i altres brutícies, l'Ajuntament va prendre la seriosa determinació de construir un edifici adequat per a la venda de tota mena de queviures.

Resulta molt gràfica i eloqüent la descripció que ens fa, l'any 1917, el Dr. Amali Prim de la venda al carrer de fruites, verdures i altres queviures:

"*Dos filas paralelas de mujeres sentadas en sillas muy bajas y rodeadas de montones de frutas y verduras tiradas por el suelo o todo lo más embutidas en cestos viejos de mimbre. Entre estos montones de viandas circulan los transeüntes escupiendo, sacudiéndose la ropa, saltando los montones de mercaderías y, en fin, llevando a ellas todos los gérmenes infecciosos que el*

◆ El merdeguer era l'hortolà que recollia les defecacions per femar el seu hort

◆ La Canadenc va construir l'any 1914 un col·lector general paral·lel al riu Segre

podrien servir perfectament de model per escriure un tractat d'antihigiene de l'habitació humana.

Si bé és cert que fins i tot al centre de la ciutat hi havia cases que inexplicablement encara no disposaven d'un servei tan necessari com és la comuna, en les dels barris pobres del Canyeret i barris perifèrics, no n'hi havia en cap.

Els propietaris es disculpaven dient que no podien construir-la, perquè l'Ajuntament no millorava la rudimentària xarxa de clavegueres.

Aquestes cases, situades, a causa de les muralles que ofegaven la ciutat, en carrers estrets, bruts, humits i sense sol ni ventilació, cosa que encara les feia més brutes i pestilents, tenien,

tránsito y la aglomeración acarrear de una a otra parte. En los balcones situados encima de las vendedoras se sacuden las ropas, esteras, alfombras, se barren los suelos, se limpian los barrotes, persianas, etc. Entre las dos filas de cestos transitan los carros llenos de basura y materiales de desechos, esparciendo microbios y detritus a discreción. Los perros callejeros y vagabundos buscan su almuerzo en las mesas donde se venden los despojos del matadero y en los kioscos de donde cuelgan los miembros sangrantes de las reses descuartizadas.

Un urinario pestilente, situado, junto a las mesas y barracas donde se

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

expende la carne, junta sus amoniacas "perfumes" al conjunto "encantador" de tanta belleza higiénica y ciudadana.

Los días de viento se levantan grandes nubes de polvo y barreduras que al descender de su viaje aéreo, caen, como es natural sobre las mercancías expuestas al aire libre y sin ninguna protección.

El suelo del "mercado" ha sido empedrado hace poco tiempo. Con esta reforma, muy digna de aplauso, se ha corregido un poco, un poquito nada más, el espectáculo lamentabilísimo que se presenciaba los días de lluvia con la abundancia de barro que, salpicando las mercancías, venía a añadirles un atractivo más. Este pavimento donde se depositan las verduras que luego hemos de comer, ha sido hollado por la tarde y por la noche, por los zapatos de los transeúntes, las ruedas de los carros y todo lo que transita en el centro de una ciudad populosa y de gran movimiento urbano y ha sido infectado y ensuciado con toda clase de materiales no recomendables.

Al pintoresco cuadro, podemos añadir aún los enjambres de moscas que revolotean por allí sembrando toda clase de gérmenes morbosos en nuestros alimentos, las deyecciones de las caballerías y de los perros que levantan su pata muchas veces sobre las mismas verduras y sobre los mismos cadáveres de las reses que cuelgan de

los kioscos. Y no faltan tampoco verduleras poco escrupulosas que imitan a los canes, obligadas por imperiosas necesidades largas horas retenidas.

Y como bomba final a tan suculento ramillete faltan aún los entierros. ¡Si, señor! Los cadáveres humanos, aunque parezca imposible, son transportados entre las coles y patatas que luego nos comemos tan tranquilamente. ¿Se quiere mayor... tranquilidad? ¿Se puede concebir tanta negligencia?"

Acabava l'escrit fent suggeriments com que els venedors possessin els productes a sobre de taules, tapades amb tendals, etc.

Els venedors oferien els seus productes principalment a la plaça de la Constitució (actual de Sant Joan), de la Catedral i de l'Almodí Vell.

Primerament es va pensar construir l'esmentat mercat al terreny guanyat al riu, prolongació del carrer de Ferran. Es tractava d'un emplaçament cèntric, ben ampli, aïllat, amb bona ventilació i ben pavimentat.

Sol·licitud d'un crèdit

Es decidí sol·licitar un crèdit de 2.500.000 ptes. Per aconseguir-lo en les més bones condicions econòmiques, una comissió municipal es traslladà a Barcelona per entrevistar-se amb el president de la Generalitat, Enric Prat de la Riba, per qui van ser molt ben atesos i prometé, en vista de l'interès del projecte, tot el seu suport. Efectivament, la Caixa Comunal de

Crèdit de la Mancomunitat de Catalunya va atendre i aprovà la petició.

El crèdit generaria un interès del 3% anual i l'Ajuntament l'amortitzaria en el termini de 57 anys a partir de l'1 de gener de 1918.

La primera entrega de diners va ser d'1 milió de pessetes que es destinarien a:

Edifici de la Gota de Llet . . .	50.000
Abastament d'aigua	400.000
Pavimentació i voreres	80.000
Ampliació de l'escorxador .190.000	
Mercat del Pla	100.000
Escoles	75.000
Clavegueres	30.000
Plànols i informació interna .25.000	
Despeses eventuals	50.000
Suma total	1.000.000

Va ser a partir d'aleshores que Lleida continuà definitivament la seva transformació urbana iniciada a mitjan segle XIX.

¹ Els documents de l'època ens fan palesos aquests costums (sortir, abans d'anar a dormir, a orinar o "toldre aigua". 10 de juliol de 1394: La bagassa Teresa Alfonso, "Volles ja colgar i hisqué fora sa casa per scampar aigua". 1394, reg. 797, foli 19 v.

² El 21 de març de 1420: Miquel de Robió va ser agredit i mort per uns homes quan havia sortit de nit per anar a l'arenys. La dona declarà en el decurs del procés: "Mon marit ere exit defora, en l'arenys, per tolre aygua".

³ El 21 de maig de 1592, Macià Rabasa és contractat per la Paeria i entre les seves obligacions hi havia encarregar-se que es recollissin "els fems de la plassa i fer netejar la font de Cardona". AML, Consells. Reg. 433, foli 24.

L'assemblea de l'any 2000 aprova crear la societat COMLleida

El Col·legi de Metges de Lleida va celebrar el dia 31 de març passat l'assemblea ordinària de l'any 2000 amb l'assistència de 45 col·legiats i col·legiades. En el decurs d'aquesta reunió, es van imposar les insígnies d'or als col·legiats d'honor, els doctors Lladonosa, Miró i Calvo. Prèviament va tenir lloc l'assemblea de constitució davant notari i realitzar les gestions i els tràmits necessaris fins a l'inscripció de la dita societat en el Registre Mercantil. Igualment, l'assemblea va facultar la Junta per executar els acords anteriors i per nomenar les persones que administraran la nova societat.

L'assemblea també va facultar la Junta per llogar el patrimoni situat en els habitatges 1r A i 1r B de l'edifici número 16 de la rambla d'Aragó i va denegar la possibilitat de venda. Finalment, els assistents van acordar dotar el Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari amb el 0,7% del pressupost col·legial que s'aportará a través del fons dels metges d'APD.

Els assistents van facultar la junta per a l'elaboració dels estatuts socials i al president per fer públics, formalitzar i subscriure l'escriptura de constitució davant notari i realitzar les gestions i els tràmits necessaris fins a l'inscripció de la dita societat en el Registre Mercantil. Igualment, l'assemblea va facultar la Junta per executar els acords anteriors i per nomenar les persones que administraran la nova societat.

L'assemblea també va facultar la Junta per llogar el patrimoni situat en els habitatges 1r A i 1r B de l'edifici número 16 de la rambla d'Aragó i va denegar la possibilitat de venda.

Finalment, els assistents van acordar dotar el Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari amb el 0,7% del pressupost col·legial que s'aportará a través del fons dels metges d'APD.

Acords de la Junta de Govern

Els acords de la Junta de Govern, que va celebrar dues sessions ordinàries els dies 2 de març i 6 d'abril i una sessió extraordinària el dia 23 de març, són els següents.

Títol de Medicina Familiar i Comunitària: organització d'un curs de nivell per a l'obtenció del títol de metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. El curs s'adreça als professionals llicenciats abans de 1987, que estan pendents de

Comptes de 1999

La Junta va presentar a l'assemblea els comptes de l'exercici de 1999, que estaven configurats en el balanç de situació, en el compte de pèrdues i guanys i en la liquidació pressupostària d'ingressos i de despeses. Els professionals assistents van aprovar aquests comptes.

L'assemblea també va acordar delegar competències en la Junta Directiva per augmentar els salaris dels treballadors i treballadores del Col·legi i incrementar les quotes col·legials d'acord amb l'IPC.

Societat COMLleida

A proposta de la Junta de Govern, l'assemblea va aprovar la creació i constitució de COMLleida Serveis Societat Limitada Unipersonal, amb l'aportació de 6.000 euros (998.316 pessetes) en concepte

de capital social. Els assistents van facultar la junta per a l'elaboració dels estatuts socials i al president per fer públics, formalitzar i subscriure l'escriptura de constitució davant notari i realitzar les gestions i els tràmits necessaris fins a l'inscripció de la dita societat en el Registre Mercantil. Igualment, l'assemblea va facultar la Junta per executar els acords anteriors i per nomenar les persones que administraran la nova societat.

L'assemblea també va facultar la Junta per llogar el patrimoni situat en els habitatges 1r A i 1r B de l'edifici número 16 de la rambla d'Aragó i va denegar la possibilitat de venda.

Finalment, els assistents van acordar dotar el Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari amb el 0,7% del pressupost col·legial que s'aportará a través del fons dels metges d'APD.

Carnet Col·legial: aprovació del nou model de carnet en el qual predomina el color groc. Els col·legiats i les col·legiades hauran d'actualitzar les seves dades per tal de renovar el carnet.

Propostes i projectes de renovació de la sala d'actes: estudi de les propostes de megafonia, d'instal·lació de serveis audiovisuals, etc.

Metges d'Assistència Col·lectiva: la vocalia de Metges d'Assistència Col·lectiva informa que continuen les reunions i negociacions amb les entitats d'assegurança sanitària a fi d'establir les condicions de treball més adients per als metges implicats en aquest exercici professional.

Consell Assessor de Metges Jubilats: nomenament del doctor Planella com a representant del Col·legi en aquest Consell.

Estatuts de l'OMC: diverses vocalies sol·liciten a la junta mantenir la seva representació a l'òrgan de govern de l'Organització Mèdica Colegial davant la nova modificació dels seus estatuts.

Consell de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears: la propera celebració d'eleccions a la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears significa la finalització del mandat del doctor Pifarré Barqué com a representant del Col·legi lleidatà. La junta deixa pendent el nomenament d'un representant per a les properes eleccions.

Formació Continuada: informació sobre la possibilitat de

patrocini per a la Formació Continuada col·legial per al període 2000-2001.

Fundació d'Esclerosi Múltiple: informació sobre la col·laboració entre el Col·legi i aquesta associació.

Festa Zyripolen 2000

Per tal d'acomiar els MIR d'última generació, va tenir lloc el dia 13 d'abril passat la festa Zyripolen 2000, al River Cafè de Lleida. La resta de metges i metgesses, fins i tot els MIR més recents, van aprofitar l'oportunitat per gaudir d'una nit força divertida. Cal felicitar l'organització ludicofestiva, que va ser a càrrec del doctor Mur, representant de la vocalia de postgraduats.

MOVIMENT COL·LEGIAL

Altes:

Pilar González Muñoz, procedent de Bèlgica
M. José Rosaura Gómez, nova
Esther Barbé Illa, procedent de Barcelona
M^a José Díaz Villabona, reingrés
Roger V. Zambrana López, procedent de Terol
Alberto de Dios Romero, procedent de Barcelona
M. Elena Fernández Echevarría, reingrés
Josep M. Meler Bosch, procedent de Barcelona

Baixes:

Eugenio J. Pino Hermoso, per defunció

Habilitacions:

Montserrat Planella de Rubinat, des de Barcelona
Andrés Martín Gracia, des de Saragossa
Ramon Mòdol Guiu, des de Barcelona
Guillermo Bovio Heras, des de Saragossa
M. Isabel Ascaso Cornago, des de Terol
Juan Sevilla Galan, des de Barcelona
Massimo Feliciani, des de Barcelona

Canvis de situació:

José Sierra de Benito, passa a col·legiat honorífic
Lucrecio Jiménez Pindado, passa a col·legiat honorífic
Joaquín Palà Marro, passa a col·legiat honorífic



El mercat de la plaça de Sant Joan.



Prop de 50 col·legiats i col·legiades van assistir a l'assemblea.

Mites i realitats de la proctologia avui

En la història de la medicina han existit molts mites i conceptes erronis, fruit de la ignorància i de les creences màgiques, que han coexistit amb grans encerts fruit de l'observació i de la intuïció. A poc a poc, els mites han caigut a mesura que s'han ampliat els coneixements i s'ha elevat el nivell de la ciència.

Textos: Doctor Josep M. Greoles i Solé
Metge especialista en cirurgia general i de l'aparell digestiu

No podem pas afirmar que avui els mites hagin desaparegut completament, i en el segle XXI, en plena revolució tecnològica, encara en subsisteixen més dels que ens pensem, perquè la naturalesa humana és com és.

Pels motius esmentats, *Butlletí Mèdic* enceta una nova secció per recordar i desmuntar, quan convingui, alguns dels mites més populars.

És un fet ben conegut que la proctologia en general, i les hemorroides en particular, ha estat carregada de mites i de tòpics i que encara persisteixen avui. Només cal posar d'exemple les estranyes receptes que, per aquesta malaltia, dona darrerament la televisió en un programa que s'ha fet famós per les seves fórmules antigues o tradicionals, que s'envolten d'una aurèola de naturisme que actualment aconseguix molt d'èxit.

La meua experiència professional en aquestes patologies confirma també que alguns d'aquests tòpics existeixen encara avui, fins i tot entre els professionals de la medicina, especialment si no tenen gaire contacte amb aquesta part del cos.

Mites i realitats

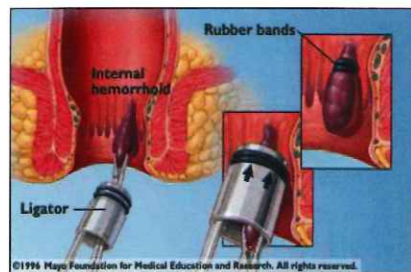
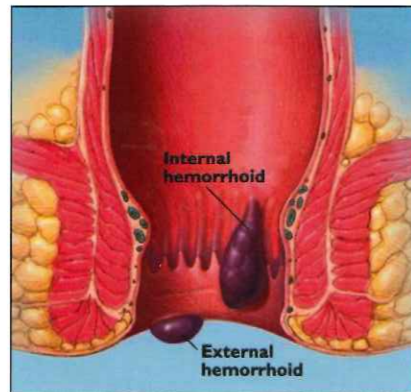
Veiem, doncs, alguns d'aquests mites i les seves corresponents realitats:

MITE 1: "Totes les molèsties anals són hemorroides".

REALITAT 1: És ben freqüent que el pacient que consulta el metge per dolor anal i que diu que pateix hemorroides i que s'ha fet tractaments per curar-les, tingui en realitat una fissura anal clara i evident que es pot veure amb una simple i senzilla inspecció anal.

També passa que es confonen les hemorroides amb un abscess perianal, o bé, i això seria molt greu, amb un càncer anorectal.

MITE 2: "Totes les malalties de l'anus són vergonyoses, fastigoses i humiliants".



La proctologia gairebé no s'ensenya com a tal a les facultats de medicina

He conegut molts malalts, sobretot homes, que han retardat tant com han pogut la seva visita, i de vegades amb forts patiments, perquè tenen aquest convenciment.

REALITAT 2: L'anus és una part més del nostre cos, i molt important ja que tots els animals en tenen. Els faraons egipcis, uns 3000 anys a. de C., ja disposaven de metges dedicats només a la salut d'aquesta part del cos.

El fet que l'anus estigui a prop dels genitals i que tingui unes certes implicacions sexuals, fa que per a algunes persones sigui una part molt amagada de la seva intimitat. Els resulta violent mostrar-la a altres persones, encara que es tracti del metge.

Per altra part, el contingut fecal que surt per l'anus és brut i fa mala olor, la qual cosa fàcilment genera fàstic i mania, que per extensió s'aplica a l'a-

nus en si mateix.

El metge que explora aquesta part del cos ha de tenir en compte la càrrega emocional i actuar amb gran delicadesa en la seva exploració.

De vegades, el pacient mateix demana al metge que li doni una pomada sense explorar-lo i el professional haurà de convèncer-lo de la necessitat de l'exploració.

MITE 3: "Les hemorroides són produïdes pels excessos en el menjar i el beure".

REALITAT 3: No hi ha cap dubte que hi ha una certa relació entre aquesta malaltia i la dieta, però sobretot té a veure amb la fibra i el restrenyiment. Les espècies picants i l'alcohol poden agreujar els símptomes del pacient que ja té unes hemorroides patològiques, típicament internes, però no donen cap problema al qui té bé la zona anal.

Patir en silenci

MITE 4: Les hemorroides s'associen a l'expressió "patir en silenci".

REALITAT 4: Per una part ja s'ha explicat al mite 2, però passa, a més, que la consideració social d'aquesta malaltia és ben anòmala.

No se'n parla a les reunions, com si no existís, i si algú gosa parlar-ne en públic li toca sovint aguantar comentaris burletes sobre els seus suposats abusos en el menjar o en el beure. Ara bé, després, i ja a soles amb persones d'aquell grup, resulta que tothom n'ha patit i donen consells de tota mena, benintencionats, però no sempre encertats.

MITE 5: "Les exploracions que fan els metges en aquesta part del cos són molt doloroses".

REALITAT 5: Es tracta d'una part molt sensible i les seves malalties poden originar un dolor molt fort.

El metge ha de saber fer l'exploració amb delicadesa, procurant que el pacient es relaxi, ha d'anar amb molt de compte i fer una manipulació mínima en els casos amb dolor molt fort. I no ha de dubtar a usar l'anestèsia local, o general, si cal, per fer una bona exploració sense provocar més patiment.

Aquells metges tan valents, que han fet directament un tacte rectal en una fissura anal aguda o en una gran trombosi hemorroidal sense tenir gaire en compte les queixes del pacient, han ajudat a l'existència d'aquest mite.

Cal dir, però, que això es donava més en la medicina de fa anys, quan actuaven aquells cirurgians d'abans a l'estil de: "grandes cirujanos, grandes incisiones".

MITE 6: "El tractament quirúrgic és extremadament dolorós i, per tant, cal apurar al màxim abans d'anar al quiròfan".

REALITAT 6: L'extirpació d'hemorroides és una operació que origina dolor, però depèn molt de la tècnica.

Com en tota la cirurgia, si es fa bé i amb una manipulació mínima dels teixits sans i s'usen correctament els analgèsics i les cures, el postoperatori és perfectament suportable.

En altres casos, com ara la fissura anal, el dolor desapareix immediatament i de forma espectacular.

Aquí puc referir la meua experiència personal amb molts pacients que han vingut a la meua consulta amb una fissura anal aguda extremadament dolorosa i, després de la intervenció d'escintotomia parcial amb anestèsia local allí mateix, l'endemà han defecat ja sense dolor.

Aquest és un resultat per a ells espectacular i, sobretot, definitiu, del qual se'n pot trobar moltes referències en les bases de dades mèdiques.

El desbridament d'un abscess perianal també és una d'aquestes situacions de millora immediata que tanta satisfacció produeix al pacient i, també, a nosaltres com a professionals.

MITE 7: Hem sentit sovint que "no queda més remei que anar aguantant, perquè les pomades i pastilles que em dona el metge m'ajuden a millorar i, com que no hi ha res més efectiu i no estic tan apurat com per operar-me, és millor aguantar i esperar...".

REALITAT 7: És sorprenent escoltar això, precisament quan més es valora la qualitat de vida, com si els dies de patiment i de baixa laboral que origi-

nen aquestes malalties no comptessin.

La proctologia en el nostre país no està al nivell de molts països desenvolupats. Una raó és que és una especialitat mèdicoquirúrgica que aquí no existeix com a tal i que gairebé no s'ensenya a les facultats.

L'existència de seccions específiques de coloproctologia, que augmen-

Un cop més puc referir la meua experiència personal: la utilització durant més de 10 anys del mètode de les lligatures elàstiques, descrit per Barron l'any 1962 a EUA i modificat per Soullard a França, i que tant s'utilitza a Europa i als EUA, però que és tan poc usat aquí. És extremadament útil, senzill, barat i de resultats duradors en

- ◆ La proctologia en el nostre país no està al nivell d'altres països desenvolupats, perquè l'especialitat mèdicoquirúrgica no existeix
- ◆ L'augment del nombre de membres de les seccions de coloproctologia és esperançador

ten progressivament el nombre dels seus membres, en les societats mèdiques i quirúrgiques de l'aparell digestiu, és actualment una esperançadora realitat.

No obstant això, ara com ara, entre els professionals de la Medicina, i no diguem entre els pacients, hi ha en general un gran desconeixement dels mitjans de què es disposa per tractar les hemorroides.

hemorroides de graus 1, 2 i 3, i en molts estudis superior a l'escleroteràpia o la fotocoagulació, que són altres procediments admesos en aquesta malaltia.

La meua intenció en escriure aquestes poques ratlles és que aviat sigui un mite, i no una realitat, allò que la proctologia és la "parenta pobre" de la Medicina.

Parlem clar • Parlem el teu idioma

A WALL STREET INSTITUTE EL MÈTODE S'ADAPTA A CADA ALUMNE. NO AL REVÉS.

1 Què significa aprendre amb horaris flexibles?

A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, creem un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

2 En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?

En primer lloc, gràcies a la tecnologia multimèdia i guiat per un professor, cada alumne adquireix específicament aquells coneixements que necessita. Posteriorment els posa en pràctica de nou amb un professor nadiu i amb un màxim de 4 alumnes del seu nivell. Finalment, guanya fluïdesa i confiança en grups de conversa.

20% descompte a tots els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i als seus familiars

Informa-te'n trucant al **900 40 40 50** o visitant el teu Centre més proper

A Lleida: Ramón i Cajal, 6

WALL STREET INSTITUTE
SCHOOL OF ENGLISH

www.wsi.es

L'internament psiquiàtric, ara

El decret de llei sobre internament psiquiàtric de l'any 1931 va permetre un internament involuntari que podia arribar a tenir caràcter d'indeïnit sense cap garantia jurídica per al pacient hospitalitzat. El jutge era una figura merament passiva i així una persona podia ser privada del dret de la llibertat sense oportunitat de ser escoltada i com a subjecte titular de drets passava a ser purament un objecte.

Amb el naixement de la Constitució l'any 1978, es deroga el decret de l'any 1931, i es protegeix el dret a la llibertat (art. 17), així com el dret a no estar sotmès a tractaments degradants o inhumans. En la reforma de la Llei de tutela apareix una norma respecte a l'internament en referir-se a la incapacitat dels malalts psíquics, i es lliga a l'internament la incapacitat segons l'article 211 del codi civil, modificat per la llei orgànica 1/1996 del 15 de gener i que disposa:

"El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez, y en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro

Text: Dr. Àngel Pedra, psiquiatre

horas. El internamiento de menores, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos prevenidos en el artículo 203 del Código Civil que promueve la declaración de incapacidad civil..."

Afortunadamente, l'actual reforma del 96 ja no parla del "presumptible incapàs", sinó d'aquella "persona que no està en condicions de decidir per ella mateixa".

El psiquiatre hauria de valorar la conveniència de l'internament involuntari, i fer un diagnòstic tenint en compte els factors de risc d'autoagressivitat, heteroagressivitat i pèrdua de l'autonomia personal, amb incapacitat per dur a terme les tasques de cura personal més necessàries.

Pel que respecta al menor, a fi que l'hospitalització es faci amb les màximes garanties, no es considera vàlid el consentiment dels pares, i els menors subjectes de tutela, si precisen hospitalització psiquiàtrica,

cal l'autorització judicial. Els menors emancipats poden atorgar el consentiment de voluntarietat per ells mateixos, sense necessitat d'autorització judicial, ja que l'article 323 del codi civil els habilita per regir-se com si fossin majors d'edat.

Fins ara el mecanisme de l'internament era: el metge forense feia una valoració a instàncies del jutge quan li notificaven per via familiar o sanitària (informe psiquiàtric) la necessitat d'un internament donat l'estat del malalt. Actualment es diu que aquest examen el portarà a terme el metge de capçalera i en cas de dificultats podrà sol·licitar la presència de la força pública (mossos d'esquadra) i ser traslladat el malalt amb ambulància perquè sigui valorat pel psiquiatre en règim ambulatori o d'urgència. Aquesta mesura comporta una reflexió ja que la relació terapèutica del metge de capçalera amb el pacient de la seva demarcació es pot veure trencada sobretot amb pacients psicòtics paranoics, els que ha d'anar a explorar per ingressar-los.

Durant l'hospitalització, si el pacient mostra una millora clínica té dret a una informació verbal i escrita i s'inclourà diagnòstic, el pronòstic i les alternatives de tractament. La finalització de l'internament es determina per criteris mèdics i es notifica al jutge l'alta hospitalària.

Canviarà Internet la nostra pràctica professional?

Si només es tractés de contestar aquesta pregunta, la resposta és clarament que sí, com ho farà en molts altres àmbits professionals, però veurem quines coses estan ja canviant, i cap a quines direccions ho fan.

Primerament, hem de ser conscients que a Internet hi ha moltíssima informació sobre temes de salut, la qual cosa és lògica, perquè aquesta és una de les preocupacions fonamentals de l'ésser humà. El problema, realment, és la qualitat, és a dir: quina informació és fiable i quina no.

A Internet hi ha moltes pàgines d'organitzacions sanitàries, públiques i privades, i gairebé de totes les organitzacions mèdiques, que posen informació accessible a tothom sobre temes de salut. Algunes pàgines són excel·lents, fins i tot per a metges en actiu. Hi ha també, però, molta informació poc fiable, amb recomanacions sobre trobar allò que es busca, i per avaluar-ne la qualitat. L'altre punt fonamental és el nivell educatiu dels que busquen informació mèdica a Internet, que, en no ser gaire alt, fa que es fixin més fàcilment en les pàgines visualment més atractives, o més fàcils d'utilitzar, i en les qüestions anecdòtiques, que poden trobar en chats o llistes de distribució organitzats per associacions de malalts i sovint sense un moderador capacitat.

Un altre problema és que, encara que la informació fixi uns criteris d'avaluació i aquests s'utilitzin d'una forma correcta i transparent, tot el que hi ha a Internet és tan volàtil que en pocs mesos pot succeir que una pàgina de qualitat canviï o desaparegui completament i que, a més, n'hagin sortit de noves, que no han estat encara avaluades. I cal tenir clar que en

descobrir la informació per ells mateixos". No obstant això, Olson, alhora, adverteix del perill principal: "Hay riesgos por el tipo de información sobre salud que hay en la red, ya que no hay garantías de que sea la adecuada (...) los consumidores no poseen suficientes conocimientos para juzgar si la información obtenida es válida para su situación."

Un altre article de la mateixa revista, del 22 de setembre del 99, dóna una àmplia referència del Congrés Mundial d'Internet i Medicina, celebrat durant aquelles dates a Heidelberg (Alemanya) amb l'objectiu de tractar dels beneficis i riscos que poden tenir els usos sanitaris d'Internet tant per a pacients com per a professionals de la salut.

Un punt fonamental és l'enorme volum d'informació mèdica que es publica cada any a tot el món (uns dos milions d'articles nous i uns 17.000 llibres), que origina greus dificultats per trobar allò que es busca, i per avaluar-ne la qualitat. L'altre punt fonamental és el nivell educatiu dels que busquen informació mèdica a Internet, que, en no ser gaire alt, fa que es fixin més fàcilment en les pàgines visualment més atractives, o més fàcils d'utilitzar, i en les qüestions anecdòtiques, que poden trobar en chats o llistes de distribució organitzats per associacions de malalts i sovint sense un moderador capacitat.

Un altre problema és que, encara que la informació fixi uns criteris d'avaluació i aquests s'utilitzin d'una forma correcta i transparent, tot el que hi ha a Internet és tan volàtil que en pocs mesos pot succeir que una pàgina de qualitat canviï o desaparegui completament i que, a més, n'hagin sortit de noves, que no han estat encara avaluades. I cal tenir clar que en

LA CALIDAD, POR DELANTE

Recomendaciones alemanas para las publicaciones médicas basadas en Internet.

- 1 Mantener un equilibrio entre la facilidad de uso, el diseño amigable y el rendimiento de la ejecución.
- 2 Tener en cuenta la velocidad de recepción de los contenidos.
- 3 Posibilidad de ver las imágenes grandes con anticipación (*thumbnails*).
- 4 Tener en cuenta la seguridad cuando se requiere el uso de *plug-ins* (extensiones informáticas del navegador).
- 5 Si se hace un enlace a otra página de Internet se debe informar al usuario de cómo retornar al documento original. Disponer de la existencia de un control de retorno.
- 6 Mantener la homogeneidad en el diseño para que el usuario pueda percibir que está continuamente en el mismo servicio.
- 7 Sólo se deben abrir nuevas ventanas del navegador si la necesidad es real. Este proceso debe ocurrir de forma perceptible.
- 8 Dada la volatilidad del contenido de las publicaciones basadas en Internet y las relaciones entre documentos *www* con referencias internas y externas, la fecha de la última actualización debe ser visible en cada página, y las modificaciones son documentadas.
- 9 La consistencia de los enlaces externos ha de estar garantizada. Si un *link* no funciona, ha de eliminarse.

Fuente: Sociedad Alemana de Informática Médica.

POR LA CALIDAD

Principios expuestos por la Internet Healthcare Coalition.

FRANQUEZA Y HONRADEZ

- Tener en cuenta la calidad de los contenidos
- Advertir de los riesgos potenciales

CALIDAD

- Actualizar los servicios
- Crear herramientas de evaluación

CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD Y RESPETO A LA VIDA PRIVADA

- Cuando se solicitan datos de los usuarios

PRÁCTICAS COMERCIALES ABIERTAS Y TRANSPARENTES

- Diferenciar publicidad de información
- Garantizar la independencia editorial
- Explicar quién forma el consejo editorial

PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES EN LOS WEBS SANITARIOS

- Usar protocolos reconocidos por las sociedades
- Advertir de que Internet no puede sustituir a la relación médico-paciente

Fuente: Internet Healthcare Coalition.

PUNTOS CLAVE

Algunos de los principios éticos aprobados por Medscape.

- Existe una nítida separación entre la redacción y la toma de decisiones editoriales y el departamento comercial: los anunciantes no pueden influir en el contenido o la forma de los materiales publicados.
- La distinción entre materiales informativos y publicitarios debe ser nítida para el lector.
- El patrocinio de secciones, áreas o servicios se sujetará a las normas dictadas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- El anuncio sobre un determinado producto nunca coincidirá, ni en el tiempo ni en su ubicación, con una información sobre ese producto.
- Los anunciantes no influirán en el modo ni en la jerarquía en que el buscador de Internet de Medscape ofrece sus resultados al realizar búsquedas por palabras claves o temas.

Fuente: Medscape

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



Creacions i Noves Tendències en Joieria



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

Pàrquing Blondel Gratuït

parlar de qualitat ens referim tant a pacients com als metges mateixos, solament és una qüestió de nivell.

Per això, ja s'està treballant per donar "Recomanacions de Qualitat" per a les pàgines d'Internet relacionades amb la medicina, com ara les de la societat alemanya Informàtica Mèdica, o bé el projecte Medcertain, de la Comissió Europea, que s'ha posat en marxa amb un pressupost de 500.000 euros, que forma part d'un pla més ampli de la Unió Europea, el Plan de Acció para Promover el Uso Seguro de Internet.

Als Estats Units existeix des de 1997 la Internet Healthcare Coalition (IHC), amb una pàgina web pròpia (www.ihealthcoali

tion.org), i moltes activitats i experiència en aquest camp.

Precisament, fa poc va publicar els seus Principis per la Qualitat a Internet.

També hi ha un grup de treball, l'Alliance of Medical Internet Professionals, amb pàgina web pròpia i accessible a tots els metges (www.amip.org)

Per altra part, hi ha el tema de la relació amb les cases comercials que s'anuncien i, per tant, financen moltes pàgines sanitàries i poden influir en els seus continguts.

Precisament, fa poc temps, Medscape, un prestigiós portal mèdic americà, va fer públic el primer Codi Ètic de Publicitat i Informació Sanitària a Internet.

En conseqüència, el món de la medicina evoluciona cap a aquesta direcció i s'ha de procurar seguir els canvis que es produeixen. Encara que, inevitablement, sorgeixen nous reptes i problemes, també es creen les discussions i els mecanismes per solucionar-los i així es pot gaudir al màxim dels beneficis que aporten les noves tecnologies.

Per concloure, convé remarcar que:

- Els pacients busquen i troben cada cop més informació a Internet. El problema és si té o no qualitat i, en aquest punt, han d'intervenir els professionals.

- Els metges tenim cada cop més facilitats per accedir a informació i, a causa de les exigències d'actualit-

zació continuada, és útil i necessari utilitzar més Internet. A més, hi ha una sèrie d'adreces força interessants i específiques i cada dia millors, especialment si es tenen coneixements d'anglès.

- Els metges han d'involucrar-se cada cop més en la qualitat de la informació a Internet. I han d'ésser capaços de recomanar als pacients aquelles adreces que els poden ser útils i desaconsellar-ne d'altres.

Dr. Josep Maria Greoles

1 Published criteria for evaluating Health related Web Sites. BMJ 1999; 318:647-9

Pacient amb dermatomiositis en el curs d'una infecció per parvovirus B19

Nena de 7 anys d'edat sense antecedents personals ni familiars d'interès és enviada a la consulta de dermatologia per eritema *vilaci* de cinc setmanes d'evolució sobre l'àrea periorbitària i les galtes (inicialment unilateral) i, posteriorment, apareix sobre les articulacions interfalàngiques proximals (IFP) de les mans, genolls i mal·lèols tibials interns. A la consulta es detecta un nivell elevat de CPK motiu pel qual s'envia per estudi a l'HUAV.

Es queixa de cansament generalitzat sense miàlgies ni artràlgies.

Anàlítica: CPK: 5614 u/l, LDH: 1382 u/l.

Electromiograma (EMG): signes d'afectació miopàtica.

Es trasllada a l'HUMI Vall

d'Hebron:
- Anàlítica: hemograma, ionograma i complement normals. Serologia hepatitis A i B, TORCH negatives. ANAs negatius. Serologia a parvovirus B19 IgM i IgG positiva.

- Biòpsia muscular: variació de la mida i atrofia de les fibres musculars tant de les de tipus I com II.

- HLA: A1, 29 B8, 44 Bw4 Bw6 DR3/7 (DRB1*0701) DR52 (DRB3*0101)/53.

Poblacions limfocitàries: Index CD4/CD8: 3.

Tractament rebut:
- Inicialment: IGIV 2g/Kg més Prednisona 1 mg/Kg/d.

- Posteriorment segueix tantes d'IGIV 2 g/Kg cada 4 setmanes i es redueix la prednisona fins a 8 mg/d.

Després de cinc setmanes es normalitzen les CPK, el rash és menys intens i està asimptomàtica.

Va continuar el tractament immunosupressor amb ciclosporina i metotrexate i actualment amb tacrolimus

i prednisona en dosis baixes.

Diagnòstic-DMJ:

- Eritema Heliotropi
- Debilitat muscular proximal simètrica, elevació sèrica de les CPK, signes d'inflamació o necrosi a la biòpsia muscular i EMG anòmal.

DMJ definida: eritema més tres criteris.

DMJ provable: eritema més dos criteris.

Juvenil dermatomyositis. *Pathoph and disease expression. Pachman LM. Pediatr Clin North Am 1995 Oct; 42(5):1071-98*

Etiologia:
S'ha relacionat amb els virus coxsackie B i VHB, toxoplasmosi. Un autor ha descrit un cas on s'associa amb el parvovirus B19.

Juvenil dermatomyositis in a child infected with human parvovirus B19

Lewkonja RM, Horne D, Dawood MR

Clin Infect Dis 1995 Aug;21(2):430-2

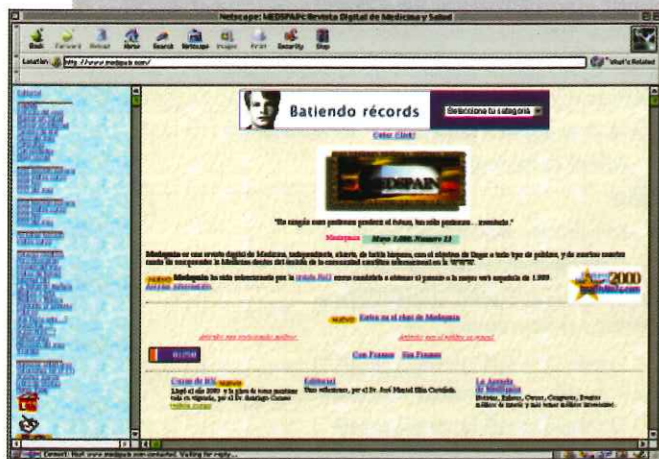
Diagnòstic diferencial-

dmj:
Davant d'una lesió cutània inicial única:

- lupus eritematos cutani.
- angioedema
- dermatitis de contacte
- limfedema secundària rosàcia o acné
- cel·lulitis o erisipela
- trastorns sistèmics: hipo o hipertirodisme, hipoalbuminèmia.

Periorbital edema as the presenting sign of juvenile dermatomyositis
Sevigny GM, Mathes BM
Pediatr Dermatol 1999 Jan-Feb;16(1):43-5
Juvenil dermatomyositis presenting with rash alone
Elisentein DM, Paller AS, Pachman LM
Pediatrics 1997 Sep;100(3 Pt 1):391-2.

"...l'afectació muscular generalment es desenvolupa mesos o fins i tot anys després de la presentació cutània inicial. Els nens amb l'inici retardat de l'afectació muscular poden ser més propensos a desenvolupar calcinosis i



Adreces interessants

Hi ha tres pàgines per a metges en castellà força interessants que, de fet, són portals dirigits tant a professionals de la salut com a tothom:

- www.elmedico.net
- www.buscasalud.com
- www.medspain.com

Una altra recomanació és visitar l'adreça: www.hungersite.com, que té tota mena de dades sobre la fam al món, i on es poden col·locar petites col·laboracions simplement prement un botó i sense cap més compromís. Es tracta d'una ONG americana que té aquest objectiu.



Unimos esfuerzos para multiplicar resultados

Laboratorio en Lleida:
Príncep de Viana, 70-72 baixos
25008 LLEIDA
Tel. 973 240 008

Horario de atención al público:
de lunes a viernes, de 7.30 h a 19.30 h
sábados de 8.30 h a 13.00 h

CERTIFICADO ISO 9001
CERTIFICADO Nº: 98-1101

laboratorio de análisis
DR. ECHEVARNE
LLEGAMOS MÁS LEJOS

www.echevarne.com



Professionals assistents als Taller de Cirurgia Menor, que va tenir lloc a l'Hospital Arnau de Vilanova

morbidity associada, particularment sepsis i immobilitat articular crònica presumiblement a causa del retard de l'inici del tractament...

Diagnòstic diferencial-DMJ:

- Trastorns neuromusculars:
- Guillain-Barré
 - Poliomièlitis
 - Distrofies musculars
 - Miopaties metabòliques
 - Miopaties endocrines
 - Miastènia Grave
- Infecions musculars:
- triquinosi
 - Miositis viral aguda.
- Connectivopaties: LES, malaltia mixta del teixit connectiu, artritis reumatoide de juvenil, esclerodèrmia.

Dr. Ramon Anguera Farran

Avenços en hepatitis

En la darrera dècada i mitjançant tècniques de biologia molecular, s'han aconseguit identificar nous agents virals, alguns d'ells, com els virus C i E, amb demostrada capacitat patogènica i altres, com els virus G i TT, que el seu paper com a agents causants d'hepatopatia encara està per demostrar.

Malgrat que en les hepatitis agudes virals el tractament habitual és purament simptomàtic, en el cas de l'hepatitis aguda C i com a conseqüència de la seva elevada taxa d'evolució en la cronicitat, es recomana emprar el tractament amb interferó.

Amb relació a l'hepatitis

crònica per virus C, estudis recents demostren que la combinació terapèutica interferó + ribavirina és clarament superior a l'interferó sol, tant en malalts *naïve* com en aquells que han recidivat després d'una resposta inicial a l'interferó. En els pacients amb hepatitis crònica C que no responen a l'interferó, les opcions terapèutiques són escasses, actualment. En els pacients amb infecció crònica pel virus C, però amb transaminases i ecografia hepàtica normals, l'actitud serà desaconsellar el consum d'alcohol, controls periòdics i en un principi, abstenció terapèutica.

En l'hepatitis crònica per virus B amb replicació viral activa, el tractament d'elecció serà l'interferó i es reservarà la lamivudina per a aquells pacients que no responguin a l'interferó i per als portadors de mutants HBeAg(-).

Dr. M. Miralbes
Cap d'Ap. Digestiu
Hospital Santa Maria

Taller cirurgia menor

El taller de Cirurgia menor, que se realitzà el 20 de novembre en el Hospital Arnau de Vilanova y fue organizado por el COML y la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, se podría resumir como una experiencia muy provechosa y enriquecedora. Conviene remarcar la amabilidad y paciencia de los discentes que siempre

se preocuparon de que estuviera todo a punto.

El taller constó de dos partes. La primera teórica, mediante un material audiovisual con el que revisamos las medidas generales de asepsia y los agentes anti-sépticos; los diferentes tipos de anestésicos locales y las técnicas de anestesia; la vacunación, el material de sutura y los diferentes tipos de sutura.

En una segunda parte, en la que utilizamos material porcino, iniciamos la práctica de las diferentes técnicas de nudos y suturas (simple, simple continua, sutura en U vertical, horizontal y vertical semienterrada, sutura intradérmica). Finalmente, los más atrevidos se animaron a realizar una cetaplastia.

Talleres como éste nos ayudan a recordar prácticas olvidadas, a corregir los malos hábitos adquiridos y a adquirir nuevos conocimientos. Todo ello tan necesario para el buen funcionamiento de nuestro ejercicio profesional.

Dra. Susana Sarriegui

Tractament extrahospitalari de les broncopaties cròniques obstructives

Les entitats més prevalents són: La malaltia pulmonar obstructiva crònica -MPOC- i l'asma. La MPOC es caracteritza

per la presència d'obstrucció en les vies respiratòries amb mínima reversibilitat.

El tabac és el factor etiològic més important. **L'abandonament del tabac és la mesura més eficaç** per evitar la progressió de la malaltia. Junta-ment amb l'oxigenoteràpia domiciliària, quan està indicada, són les úniques mesures que han demostrat reduir la mortalitat.

El tractament broncodilatador no allarga la supervivència però millora la qualitat de vida del pacient.

Actualment es recomana un tractament esglaonat segons la gravetat de la malaltia:

1. **Amb símptomes lleus no continus:** cal utilitzar bromur d'ipratropi o bé un agonista B₂ de curta durada a demanda.

2. **Amb símptomes persistents:** ús regular de bromur d'ipratropi i/o agonista B₂ de curta durada inhalats. Si la simptomatologia no es controla cal considerar l'ús d'agonista B₂ de llarga durada cada 12 h o a la nit. Si encara persisteixen els símptomes es pot afegir teofil·lina retardada cada 12 h.

Si amb el tractament complet no hi ha millora cal afegir corticoides inhalats, si prèviament la prova amb corticoides orals ha estat positiva.

Naturalment en tots els casos cal insistir en el consell antitabac, revisar la tècnica inhalatòria, avaluar el compliment i tractar les exacerbacions.

Altres consideracions
No es recomana l'ús pro-

filàctic d'antibiòtics ni de mucolítics. S'aconsella fer exercici adaptat a les limitacions de la malaltia, evitar l'obesitat i la desnutrició, administrar la vacuna de la grip i antipneumocòccica.

Asma

L'asma és una malaltia complexa que es defineix com una malaltia respiratòria crònica que es caracteritza per inflamació de les vies aèries, hiperresposta enfront d'una àmplia varietat d'estímuls i d'obstrucció bronquial reversible. Les recomanacions actuals sobre el tractament de l'asma emfasitzen sobre la necessitat d'iniciar el tractament al més aviat possible.

Cal fer un tractament esglaonat adaptat al grau de gravetat en cada pacient.

Tractament esglaonat de l'asma segons la gravetat:

Asma lleu intermitent:

- agonista B₂ acció curta

inhalat a demanda.

Asma lleu persistent:

- ús regular de corticoides inhalats en dosis baixes.
- Agonista B₂ d'acció curta inhalat a demanda.

Asma moderat persistent:

- corticoides inhalats en dosis intermèdies.
- Agonista B₂ d'acció llarga inhalat.
- Agonista B₂ d'acció curta inhalat a demanda.

Asma greu persistent:

- corticoides inhalats en dosis altes.
- Agonista B₂ d'acció llarga inhalat i/o teofil·lina.

També es pot associar bromur d'ipratropi inhalat, sobretot en els ancians.

En alguns casos caldrà utilitzar els corticoides per via oral.

Cal revisar el tractament de manera periòdica cada 3-6 mesos per si es pot fer una reducció gradual del tractament.

En tots els pacients asmàtics cal adoptar unes mesures generals: evitar l'exposició a factors desen-

cadonants com ara fàrmacs -AINES-, la contaminació ambiental i laboral, l'exercici físic, el pol·len, els àcars de la pols, els animals, els fongs i el tabac.

També es recomana donar suport psicològic als pacients i una adequada educació sanitària.

No he parlat dels antagonistes dels receptors dels leucotriens, perquè tot i que es pot considerar el seu ús en alguns casos encara no està del tot definit quin és el seu lloc.

Cal una bona comunicació i una bona coordinació entre metges d'Atenció Primària i nemòlegs per aconseguir un millor control i seguiment d'aquestes patologies.

Dr. Joan Clotet

Pacient amb anticoagulació més AINES

Quant s'ha de donar AINES s'ha de valorar si cal donar protecció gastroduodenal i, en cas que estigui indicat, s'han d'utilitzar aquells fàrmacs que han demostrat clarament la seva eficàcia.

Això no vol dir que s'hagi de fer sempre aquesta protecció: el fet de "tenir l'estómac delicat" o "prendre moltes pastilles" no és una indicació de protecció gastroduodenal.

Indicacions de gastroprotecció clarament establertes:

- Antecedents d'hemorragia gastrointestinal o úlcers gastroduodenal.

- Ús concomitant d'anticoagulants orals i/o corticoides.

- Edat avançada (principalment a partir dels 75 anys).

Fàrmacs que s'han d'utilitzar:

- Omeprazol: 20 mg/dia.
- Misopostel: 200 mg cada 8 hores.
- Famotidina: 40 mg cada 12 hores (no té aquesta



un donatiu



un soci

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

Fes-te soci. Faràs bé



C/Elsa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 0200065471

Nom.....
 Cognoms.....
 D.N.I.....
 Telèfon.....
 Adreça.....
 Població..... C.P.....
 Entitat Bancària

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

25.000
 10.000
 5.000

mensual
 trimestral
 semestral
 anual

FIRMA:

CASOS CLÍNIC

indicació).

Teniu a la vostra disposició una revisió bibliogràfica actualitzada el mes de febrer del 2000 i revisada per la Fundació Institut Català de Farmacologia, i entre altres coses podreu trobar informació de:

- Nous AINES.
- Durada del tractament com a factor de risc.
- Altres factors de risc implicats.
- Dosis baixes d'AAS.
- Efectivitat d'antiàcids, sucralitat i acexamant de zinc.
- Estudis amb diferents dosis de misoprostol.
- Informació sobre l'associació diclofenac/misoprostol.
- Motivacions personals que em van dur a fer aquesta revisió:
- El fet d'haver observat una excessiva prescripció de protectors gastroduodenals, quan no hi havia indi-

cacions clares, fins i tot en pacients que no prenen AINES.

- Ús desmesurat que es fa de la ranitidina com a protector.

Dr. Gabriel Vera

Tabaquismo

El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte de los países desarrollados. Ocasiona 2 millones de muertes anuales (23% del total), provoca el 90% de los cánceres (laringe, cavidad oral, esófago, estómago, hígado, páncreas, riñón, vejiga, cervix y pene).

Entre el 15 y el 20% de los fumadores desarrollan bronquitis crónica, que es un importante factor de riesgo cardiovascular y ocasiona unos costes sociales de 500.000 millones de pesetas anuales.

En España fuma el 36% de la población general y entre el 20 y el 28% de los escolares.

Debemos preguntar, al menos cada dos años, a nuestros pacientes si consumen de tabaco y anotarlo en la historia clínica.

Es fumador quien ha consumido diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos.

Es ex fumador quien lleva al menos un año sin fumar.

Valoraremos el grado de motivación de los fumadores para dejar de fumar (Test de Russell, Test de Richmond) y centraremos nuestros esfuerzos en las personas altamente motivadas. Daremos información breve y concisa a las personas que no lo están.

Recomendaciones para el fumador que quiere dejar de serlo:

- Hará una lista con los motivos para dejar de

fumar.

- Fijará una fecha a partir de la cual ha de dejar de fumar totalmente.

- Le daremos consejos para los días previos y para el gran día.

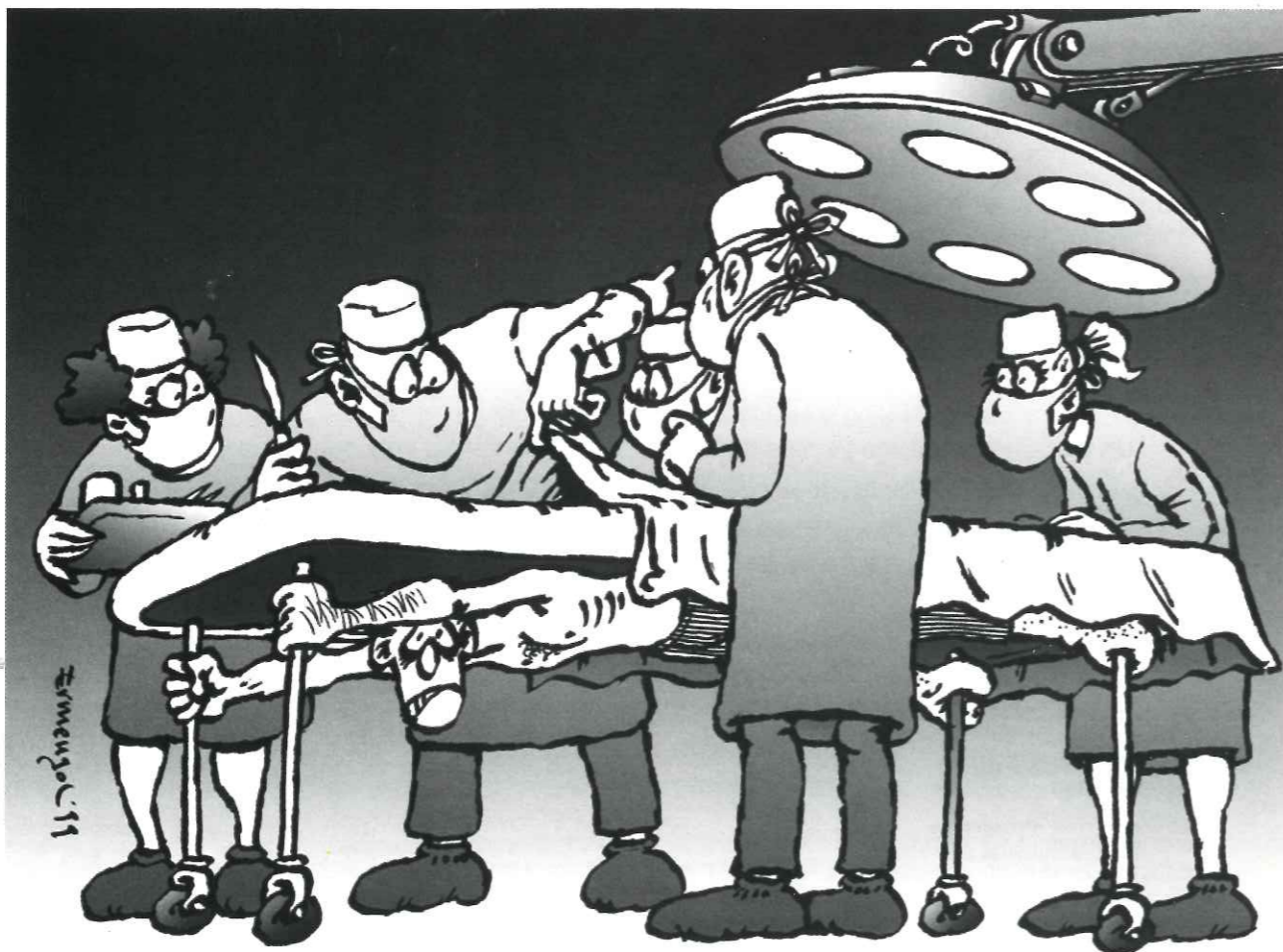
- Podemos utilizar terapia sustitutiva con nicotina en forma de chicles o parches.

- Ofreceremos seguimiento al paciente que deja de fumar.

Nuevas evidencias: el bupropión es un antidepresivo que se ha utilizado en dos estudios multicéntricos, randomizados, a doble ciego y con grupo placebo para ayudar a dejar de fumar. Con dosis de 150 mg/día se han conseguido unas tasas de abandono al año del 23%, en el trabajo de Hurts, y del 18,4%, en el de Jorenby.

Dra. Begoña López Asensio

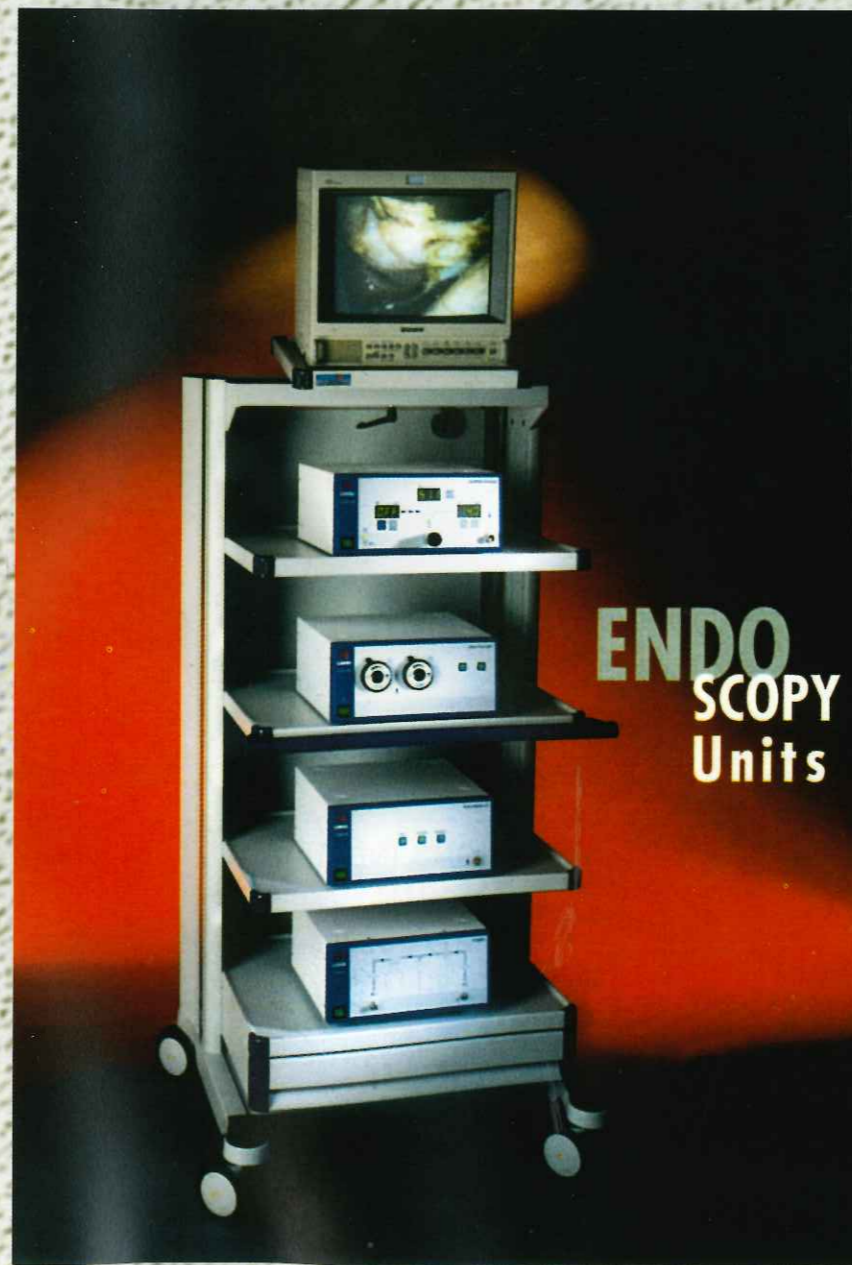
ERMENGOTERÀPIA



MTB
DISTRIBUCIONES
TECNOLOGICAS, S.L.

Especialitzats en equips endoscòpics

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



**ENDO
SCOPY
Units**

- 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, Fiebert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

Finançament especial per a les comandes de torres d'endoscòpia

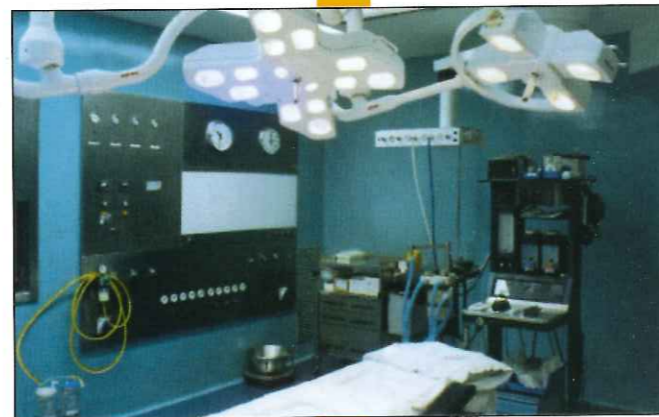
AL SEU SERVEI A:

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

CLÍNICA ONTSERRAT



- ANÀLISIS CLÍNIQUES
- 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