

B U T L L E T Í

**m è d i c**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 25 · Novembre de 2000



# **La Medicina Pal·liativa i els seus recursos**

# Especialitzats en equips endoscòpics

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

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

**ENDO  
SCOPY  
Units**

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

Número 25, novembre 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  
butlletimedic@comll.es

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

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

## L'aplicació dels preus de referència

El creixement continuat de la despesa farmacèutica preocupa tots els països i, per tant, també el nostre. Hi ha, però, una sensació que d'aquest problema només inquieten els preus dels medicaments i no s'analitzen altres factors, com són les estratègies de la indústria farmacèutica.

La indústria farmacèutica dedica una part importantíssima dels seus pressupostos a promocionar la venda de nous fàrmacs mitjançant sistemes que els fan molt atractius, però que descuiden l'autèntica informació. Alguns cops, utilitza estratègies publicitàries per fer creure, que determinats antibiòtics ja no fan efecte i que cal substituir-los per altres, que surten al mercat a preus més elevats i sense demostrar els avantatges que aporten.

D'altra banda, el ministeri aprova la comercialització dels nous fàrmacs sense exigir estudis previs i comparatius de cost/eficàcia. Així mateix, una part dels professionals –metges i farmacèutics de les oficines expenedores– tampoc no dediquen a la prescripció o a la venda la cura necessària, ja sigui per manca d'informació ja sigui per altres motius aliens a la medicina i a la salut.

El decret sobre els preus de referència dels medicaments, que s'aplica des d'aquest 1 de desembre, no és, segurament, ni la millor ni l'única solució possible per combatre el creixement continuat de la despesa farmacèutica. No obstant això, pot ajudar a millorar l'eficiència dels metges i metgesses i a distribuir més equitativament els recursos comuns de la Sanitat.



### sumari

#### Cuidados paliativos y Medicina actual

Dra. Maria Nabal, metgessa responsable de la UFISS-CP  
PÀGINA 14

#### La temença als cadàvers durant les epidèmies

Drs. Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca  
PÀGINA 17



Foto portada: DRA. MARIA NABAL

# Pla d'Hivern: accions per fer front a l'increment de demanda a Lleida

Dr. Antoni Mateu i Serra · Delegat territorial a Lleida del Departament de Sanitat i Sagurats Social

**C**ada any, amb l'arribada de l'hivern, es produeix un increment de la demanda en els serveis assistencials de Lleida. Aquest increment repercuteix tant en l'atenció primària com en l'hospitalària i afecta les consultes ordinàries i els serveis d'atenció continuada i d'urgències dels dos àmbits. Un dels punts on es fa més evident aquesta pressió assistencial és a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, atès que és el referent com a servei d'urgències de la Regió Sanitària.

Entre les múltiples causes que provoquen aquesta situació cal destacar dos factors diferencials de les comarques de Lleida amb relació a la resta del territori català: d'una banda, les condicions climàtiques extremes i, de l'altra, l'alt índex d'envelliment de la població (per sobre de la mitjana de Catalunya).

Aquests dos condicionants fan que els principals usuaris dels serveis assistencials en aquest període de l'any que anomenem crític (final de la tardor fins ben entrat l'hivern) siguin majoritàriament gent gran, que demanen atenció per malalties relacionades amb l'aparell respiratori.

Davant aquest fet, des de la Regió Sanitària s'han introduït diverses mesures per pal·liar aquest problema i fer front a aquests increments puntuals de la demanda assistencial.

Pel que fa als hospitals d'aguts, des de l'any 1997 es pacta anualment amb l'Hospital de Santa Maria i la Quinta de Salut l'Aliança de Lleida l'assumpció d'un determinat nombre de malalts derivats des de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, com a part de la seva activitat habitual per compte del Servei Català de la Salut, a través del que s'anomena Pla d'Hivern Ordinari. Aquesta via permet l'atenció a 1.730 pacients al llarg de l'any.

Aquesta mesura es complemen-

- **El pacient**
- **atès té una**
- **mitjana**
- **d'edat**
- **elevada, 73**
- **anys**

ta, a partir de l'any 1999, amb la posada en funcionament d'un segon Pla d'Hivern Específic, que en aquest cas suposa la compra addicional d'altres destinades exclusivament a l'atenció de pacients derivats des del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. El principal avantatge d'aquesta segona mesura és que els llits contractats estan permanentment a disposició del centre que deriva, així s'evita que en moments determinats no puguin assumir-se les derivacions com podia passar amb el Pla d'Hivern Ordinari. La gestió de la derivació i l'establiment dels criteris d'ingrés i alta es fan conjuntament entre els facultatius de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i els dels centres receptors.

La primera experiència es va dur a terme amb la Quinta de Salut l'Aliança de Lleida, que posa a disposició de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova 16 llits entre el novembre de 1998 i l'abril de 1999. Els resultats aconseguits són satisfactoris. Es van atendre 236 pacients, cosa que significa una alta ocupació dels llits contractats. Tal com s'esperava, el pacient atès tenia una mitjana d'edat elevada (73 anys) i presentava com a principal motiu

d'ingrés les malalties respiratòries i cardiovasculars. La informació recollida sobre aquests pacients de risc es va traspassar a l'atenció primària de salut i als recursos socio-sanitaris per poder organitzar activitats preventives orientades a disminuir la possibilitat de nous ingressos.

Per al període d'hivern 1999-2000, s'ha continuat el Pla d'Hivern Específic, tot ampliant fins a 20 els llits contractats a la Quinta de Salut l'Aliança de Lleida. Així mateix, s'ha pactat amb Gestió de Serveis Sanitaris, per una banda, la utilització de 10 llits de l'Hospital de Santa Maria, i d'altra, la transformació de 20 llits de la Unitat Socio-sanitària. En total, els pacients derivats des de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova han estat 649.

Per la seva banda, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova ha adequat diverses àrees de diagnòstic ràpid per tal de millorar l'avaluació i l'atenció al malalt i ha reforçat i ampliat l'hospitalització a domicili.

Des de l'atenció primària, a més de portar a terme les campanyes de vacunació antigripal i reforçar l'atenció domiciliària, s'han endegat altres mesures, entre les quals s'ha de destacar l'augment de la capacitat resolutiva del SOU de Lleida ciutat, amb ampliació de l'horari d'accés a proves complementàries de radiologia i laboratori al CAP Prat de la Riba. S'ha intentat, a més, reduir les visites innecessàries mitjançant la programació automàtica a l'especialista en cas que sigui convenient. També s'ha col·laborat en el triatge de pacients en el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

En l'àmbit socio-sanitari, s'activen mecanismes per incrementar la rotació de pacients i poder donar suport a les sol·licituds procedents dels hospitals d'aguts. Aquesta funció només es pot

aconseguir amb una coordinació intensa de tots els recursos i amb la implicació i participació de tots els nivells. Així mateix, s'ha orientat l'hospital de dia socio-sanitari de l'Hospital de Santa Maria cap a l'avaluació de pacients, per tal d'evitar ingressos innecessaris i accelerar el retorn a la comunitat.

Com a complement d'aquestes mesures s'ha organitzat una campanya de comunicació per tal d'informar a la població dels diferents dispositius existents i dels mecanismes d'accés. La distribució de la informació mitjançant tríptics s'ha realitzat a través de les direccions d'Atenció Primària

de l'Institut Català de la Salut. També s'han fet anuncis a la premsa i falques de ràdio en mitjans de comunicació locals, i s'ha remarcat la importància d'utilitzar l'atenció primària com a porta d'accés al sistema sanitari.

Un altre aspecte que cal destacar i atès que el Pla Integral d'Urgències abraça diferents nivells assistencials i proveïdors, és l'elaboració d'un sistema d'informació que permet recollir diàriament i de manera sistemàtica informació rellevant per a la presa de decisions. L'explotació d'aquestes dades ajuda a conèixer amb anticipació el començament

de l'epidèmia gripal i se'n pot fer el seguiment des del punt de vista de volum de demanda, drenatge, oferta de llits i temps de demora.

Pel que fa al període actual i vista l'experiència d'anys anteriors, es continuen endegant noves mesures per fer front als increments de la demanda en aquesta estació en l'àmbit hospitalari i en la resta d'àmbits assistencials: atenció primària, socio-sanitària i salut mental, atès que aquest problema no afecta ni és responsabilitat només del nivell hospitalari, sinó que implica necessàriament una coordinació

## Urgències en un hospital comarcal

Dr. Juan José Armendariz Tirapu · Coordinador Mèdic S. Urgències F. S. Hospital la Seu d'Urgell. Coordinador Mèdic Base Col·laboradora SEM Alt Urgell-Cerdanya

**É**s divendres, divendres 13; em truca el Sisco Aroles i em diu que si puc preparar un article per a la revista del Col·legi de Metges que parli sobre la problemàtica dels serveis d'urgències dels comarcals. Doncs, bé; em trobo a l'UVI mòbil fent un trasllat secundari cap a Barcelona; entre els monitors, les bombes, els sèrums, la connexió i desconnexió de les alarmes, la presa de constants, els revolts i la carretera dolenta (d'això, sí que en sabem a la muntanya) intentaré fer cinc cèntims del tema.

Per fer-vos una idea de la nostra activitat, us puc dir que el nostre servei visita una mitjana de 38 pacients per dia (cal afegir les 3-4 pujades a planta, hospitalització i residència, per veure els pacients en què sorgeix qualsevol imprevist); ingressen 3-4 pacients per dia i tenim 1 malalt crític (que traslladem els metges d'urgències que també fem guardies de trasllat secundari; compartim una base SEM amb l'hospital de Puigcerdà) cada dos dies; el personal de presència física està format per un metge d'urgències, un infermer i un auxiliar (que fa les admissions, de telefonista, tria, dona la cara a la sala d'espera... i d'auxiliar). Hi ha 6 especialitats amb metges localitzables: medicina interna, cirurgia, trau-

matologia, ginecologia, pediatria i anestesiologia.

El metge d'urgències d'un comarcal és, o ha de ser, un *tot terreny* que ha de donar solució a tots els problemes mèdics (i extramèdics, com ara lluitar amb els hospitals receptors dels malalts que es traslladen, amb el SEM...) que es presentin al seu servei: amb possibilitat d'ajut si és d'una especialitat amb metge localitzable o tot sol si no n'hi ha.

¿Quins problemes i quines mancances tenim?

Comencem per la sobreutilització d'aquest servei. L'hospital es troba al centre del poble, comparteix edifici amb l'ABS; la facilitat i la comoditat (i el costum) d'accés són evidents; fem poques veritables urgències (cada vegada menys). Al meu parer o disminuïm la demanda (si podem fer derivacions des de la finestra cap a Primària) o augmentem l'oferta assistencial.

En segon lloc, els hospitals comarcals tenen mancances de material diagnòstic i terapèutic, així com de determinades especialitats, que dificulten o alenteixen el diagnòstic i tractament dels nostres malalts. En el nostre cas hi ha una sèrie d'especialitats en què

el metge d'urgències és l'especialista (oftalmologia, psiquiatria, ORL, dermatologia, neurocirurgia...).

Podria parlar també dels trasllats mèdics urgents i explicar el patiment que suposa avui en dia fer un viatge amb UVI mòbil per les nostres carreteres (3 hores de mitjana de viatge d'anada); a les portes del segle XXI, penso que no és correcte sotmetre a una tortura semblant pacients crítics (tampoc el personal mèdic) havent des de fa anys helicòpters o tenint (com és el nostre cas) una UVI a 20 km (Andorra) on no anem pràcticament mai.

També m'agradaria parlar sobre el futur dels metges d'urgències; ho veig negre, fosc. Els nostres serveis, no són serveis, són llocs on els metges vénen, fan la guàrdia i se'n van; no ens reunim els matins per parlar de malalts, de protocols, fer sessions, etc; tot el nostre temps, tot, és assistencial; no hi ha servei com a tal. Quan jo plantejo als meus companys la possibilitat de fer guardies de 12 en comptes de 24 hores, la resposta de tots és la mateixa: "pel que paguen i pel futur que ens espera, ens hem de buscar la vida". Per exemple, no entrem a la carrera professional, ni podem passar mai d'un determinat nivell, com sí que poden fer-ho la resta d'especialitats. No se'ns considera com la resta de metges o de serveis.

Per fi ja hem arribat a Barcelona; quin mal d'esquena, i de tot! Suposo que ara el Cesàreo (el xofer) i el Ché (l'infermer), que són uns grans gurmets, em portaran cap "al gallego" a dinar.

PD: Quan prenem el cafè sona el telèfon: "Teniu un altre trasllat de

# Preus de referència

Leonardo Galván i Santiago · *Especialista en farmàcia hospitalària*

**E**l preu de referència (PR) és la quantitat màxima que finançarà el Sistema Nacional de Salut per a la dispensació de medicaments que formen part dels anomenats conjunts homogenis. Els conjunts homogenis estaran constituïts per especialitats que tindran la mateixa composició en substàncies medicinals, forma farmacèutica, dosis, via d'administració i presentació. Totes les especialitats que formen part d'un conjunt homogeni tindran les sigles EQ al cartonatge, la qual cosa significarà que han demostrat ser bioequivalents respecte a l'especialitat original del laboratori investigador (o sigui, que han demostrat que arriben a la sang en la mateixa quantitat i a la mateixa velocitat que el medicament original).

El nombre de conjunts homogenis actual és de 114, segons l'ordre de 13 de juliol de 2000, BOE de 25 de juliol de 2000, que engloben un total de 42 principis actius diferents. En cadascun d'aquests conjunts homogenis ha d'haver-hi, almenys, una especialitat farmacèutica genèrica (EFG). De les 590 especialitats farmacèutiques diferents incloses als conjunts homogenis, 280 són de marca i 310 d'EFG. L'aprovació de nous conjunts homogenis serà com a mínim anual.

El fet que les especialitats farmacèutiques genèriques (EFG) hagin demostrat la bioequivalència respecte al medicament original, permetrà el seu intercanvi amb especialitats que superin el PR. Així doncs, quan el metge prescriu una especialitat que forma part d'un conjunt homogeni i aquesta superi el PR marcat per l'ordre ministerial, el farmacèutic substituirà el medicament prescrit per una EFG del conjunt homogeni que no superi el PR. En el cas que l'usuari vulgui l'especialitat prescrita pel seu metge, haurà d'abonar la

diferència entre el preu del medicament prescrit i el de referència, (sigui un pacient actiu o pensionista), a més més de l'aportació que correspongui si es tracta d'un pacient actiu (40% sobre el PR si és una especialitat normal, o 10% del PR, amb un màxim de 439 pessetes, si és d'una especialitat amb punt negre d'aportació reduïda).

El sistema de PR garanteix una reducció de preu entre un 10 i un 50% respecte a la presentació més cara, el seu valor es revisarà anualment i entrarà en vigor l'1 de desembre de l'any 2000.

S'ha de destacar que a l'ordre, en el seu Annex III, figuren 193 presentacions d'especialitats farmacèutiques qualificades com no bioequivalents i que tenen un preu superior al preu de referència. És interessant donar una ullada a aquest annex i veure marques comercials molt conegudes per tothom. L'ordre no publica, al contrari, 102 presentacions que encara que són no bioequivalents són de preu inferior al PR.

Val a dir, però, que el fet d'estar qualificades de no bioequivalents no vol dir que no siguin bioequivalents en realitat, sinó que el laboratori no ha presentat al Ministeri els corresponents estudis de bioequivalència (entre altres raons perquè fins a finals de l'any 1993 no ho exigia), o que si els ha presentat tenien algun defecte metodològic que ha fet que el Ministeri els qualificés de no bioequivalents. Sigui pel motiu que sigui, el que si és cert és que només les especialitats a les que el Ministeri assigni les sigles EQ seran sense cap dubte bioequivalents respecte al medicament original, i el fet d'ésser genèric i portar les sigles EFG ja és una garantia per si mateixa de bioequivalència.

Els resultats que s'obtiniran amb aquest sistema de PR són incerts. L'estalvi que s'ha previst

amb la seva implantació, a tot l'Estat, durant el primer any d'aplicació és d'uns 19.500 milions de pessetes. Però poden quedar-se descafeïnats si el metge prescriptor deriva la seva prescripció cap a nous principis actius similars no inclosos en el sistema de PR. De tots és sabut que una de les causes principals de l'accelerat creixement de la despesa farmacèutica és la prescripció de nous medicaments, amb preus cada vegada més elevats, però amb aportacions terapèutiques que, en la major part dels casos, són solament menors o cosmètiques. Poques novetats útils i moltes pseudonovetats innecessàries i molt cares, que fan pujar la despesa. Els responsables som tots. D'una banda, el Ministeri per permetre la comercialització de nous fàrmacs sense demanar abans als laboratoris comercialitzadors estudis comparatius d'eficàcia i de cost/efectivitat respecte a fàrmacs ja existents en el mercat. En segon lloc, els metges que prescriuen per deixar-se influir per la indústria farmacèutica que els nous medicaments són millors que els antics; com si tot el que és nou fos millor i per això mereix ser més car. També, per què no dir-ho, de tots els que ens dediquem i, treballem perquè això no passi, ja que no sabem informar i convèncer tan bé com seria necessari. I sense oblidar els farmacèutics d'oficina de farmàcia, amb poca predisposició a reconciliar l'interès individual amb l'interès sanitari. La contenció de la desmesurada despesa farmacèutica solament serà possible amb una col·laboració total de tots aquests integrants de la cadena terapèutica.

El treball eficient es considera un deure ètic en l'entorn sanitari, ja que en el context dels sistemes sanitaris amb recursos limitats la decisió explícita de dedicar recursos a un pacient determinat és inevitablement una decisió implícita de negarse-los a d'altres. El sistema de Preus de Referència no és perfecte, però pot ajudar a millorar la nostra eficiència. Aprofitem-lo.

# Medicaments genèrics

David Manso Abizanda · *Farmacèutic*

**E**l Ministeri de Sanitat i Consum ha vinculat la política d'implantació de genèrics amb els preus de referència amb l'objectiu de racionalitzar la despesa sanitària, en concret la despesa de medicaments, la tendència natural de la qual és que s'incrementi anualment al voltant del 12%.

La Llei del medicament defineix el genèric com aquella especialitat amb la forma farmacèutica i d'igual composició qualitativa i quantitativa en substàncies medicinals que una altra especialitat de referència, el perfil d'eficàcia i seguretat de la qual sigui suficientment establert pel seu continuat ús clínic.

L'especialitat farmacèutica genèrica ha de demostrar l'equivalència terapèutica amb l'especialitat de referència mitjançant els corresponents estudis de bioequivalència.

Els genèrics suposen un estalvi important sobre els medicaments originals de marca. És un benefici directe per al ciutadà, en pagar menys pel fàrmac, i

contribueixen a racionalitzar la despesa pública. La seva qualitat és garantida pel laboratori fabricant i per les autoritats sanitàries.

Un genèric només s'autoritza si compleix les normes de correcta fabricació de medicaments i si s'ha comprovat que actua de manera idèntica al de marca.

Segons el Reial decret 1035/1999 de 18 de juny, el preu de referència és el preu màxim que les autoritats sanitàries estan disposades a pagar per un medicament concret. Aquests preus es fixen de manera que l'usuari disposi en tot moment d'algun genèric el preu del qual sigui igual o inferior al de referència, com a concepte, és el valor màxim finançat pel Servei Nacional de la Salut (SNS) per a un grup homogeni en concret.

Els conjunts homogenis estan formats per presentacions d'especialitats farmacèutiques amb la mateixa composició qualitativa i quantitativa en substàncies medicinals, forma farmacèutica,

dosi, via d'administració que hagin estat qualificats com a bioequivalents i en els quals existeixi com a mínim una EFG. Totes les presentacions bioequivalents i que pertanyen a un grup homogeni incorporaran al cupó precinte les sigles EQ per facilitar-ne la identificació.

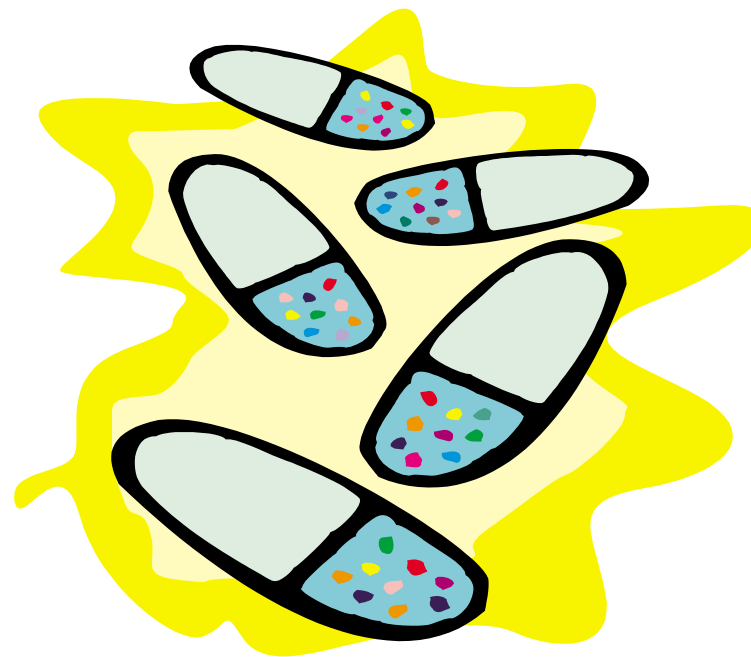
Quan la presentació de l'especialitat farmacèutica bioequivalent prescrita superi el preu de referència, el farmacèutic haurà de substituir-la per una EFG del mateix conjunt homogeni que no superi el preu de referència. Únicament de manera excepcional, i juntament amb un informe detallat del qui prescriu que justifiqui la impropedència de la substitució per raons d'al·lèrgia, intolerància o qualsevol altra incompatibilitat, no s'aplicarà la substitució.

Si davant la petició de l'usuari es dispensa una presentació de preu superior al de referència, aquest pagarà la diferència a més a més de fer l'aportació que correspongui sobre el preu de referència.

L'ordre ministerial del 13 de juliol de 2000 estableix 114 conjunts homogenis que afecten 42 principis actius i aprova els preus de referència amb cadascun dels conjunts, amb una validesa mínima d'un any.

El SNS mantindrà fins al 30 de novembre de 2000 el preu anterior de les especialitats afectades. Els nous preus s'aplicaran a les facturacions tancades a partir de l'1 de desembre de 2000.

Com a farmacèutic d'oficina de farmàcia crec que per a l'èxit d'aquesta mesura és necessària una estreta col·laboració entre metges que prescriuen i farmacèutics que dispensen per tal que els usuaris entenguin els genèrics com a quelcom positiu per a ells i per a la societat en general.



# La referència ha de seguir essent l'atenció primària

Dr. Eduardo Peñascal Pujol · *Metge de Família*

**M**'han demanat que dona meva opinió, com a metge de Família que treballa en un sistema sanitari, que encara és públic, sobre què pot suposar l'aplicació del decret dels preus de referència. Per l'experiència en altres països, com Alemanya, Suècia i Holanda, l'impacte en la contenció de la despesa farmacèutica ha anat disminuint amb el temps. No obstant això, no es pot posar en dubte que les aportacions que poden fer en el nostre àmbit van més enllà dels aspectes merament econòmics i que modificaran l'escenari actual de tots els actors de la cadena del medicament. Vull afegir en aquest punt, que la llibertat de prescripció no es veurà minvada si no es canvien els *principis actius* que s'hagin prescrit per a un determinat problema de salut.

Entenc que només s'han de preveure com una estratègia més. El creixement de la despesa farmacèutica va lligada a molts més factors que el preu del medicament: l'hiperconsum dels fàrmacs, l'incompliment dels tractaments (segons alguns estudis pot arribar fins al 50%), les diferències de perfils entre les ABS, entre l'Atenció Primària i la resta d'especialitats, les estratègies comercials de la indústria del medicament, l'escassa implicació de les oficines de farmàcia en la reforma de l'atenció primària (AP) i els seus marges comercials, les polítiques canviants d'incentivació vers els professionals, la imputació de *quasi el total* de les receptes que factura una determinada població a un sol professional i les confuses polítiques de finançament són alguns dels aspectes que, en la

meva opinió, caldria afrontar d'una forma simultània a fi d'actuar globalment i amb més eficiència.

Penso que a partir de la seva aplicació la qualitat de la prescripció estarà més garantida, si més no, vers l'usuari (al menys pel que fa a conceptes d'equitat). La bioequivalència ha de donar als metges la garantia suficient per recomanar un determinat producte al pacient. I aquest ha de tenir la suficient informació per poder decidir, quan sigui necessari. Informació que ha de partir des de qualsevol professional sanitari del sistema.

Però les expectatives del client del nostre sistema sanitari podrien ser excessives. En l'AP, on l'accessibilitat ha de ser màxima, desconecem el preu d'aquest producte. Quin cost real suposa el seguiment d'un pacient diagnosticat d'HTA? Quina diferència, mesurada en cost-eficiència, suposa realitzar una intervenció de cirurgia menor en un centre d'assistència primària (CAP) o en un centre hospitalari? Podem fer un barema de l'empatia, l'entrevista centrada en el pacient o l'acompanyament davant d'un dol?

Una empresa hauria de conèixer, sobretot, els seus ingressos, els costos, les seves despeses i poder invertir en la producció a fi de disminuir el seu cost, tot per obtenir un producte final que suposi la satisfacció del client i la

viabilitat de l'empresa. A la sanitària i pública coneixem els ingressos, les despeses i, com ja he dit abans, ignorem el cost de la producció. Pel que fa a la inversió, a l'AP és el que sabem fer millor. Invertim en temps, en consells de salut, en activitats preventives, en els pacients crònics a fi d'estalviar complicacions, en actuacions empíriques, en seguiment de tractaments, per no tenir llista d'espera, per anar als domicilis. I encara hem d'invertir més: per tenir en els centres la infraestructura informatitzada per fer un *millor seguiment de l'IT* (aleshores voldrem ja la gestió en les mateixes condicions de les mútues laborals) i *dels tractaments* (aleshores parlarem de la possibilitat d'assumir riscos en l'autogestió del capítol de farmàcia, amb la possibilitat de generar beneficis, per què no?); en recursos humans (per tenir més temps i poder invertir més en la comunitat, en actuacions preventives, en educació sanitària...); en molts avenços tecnològics (desfibril·ladors portàtils, pulsioxímetres, ECG amb possibilitats telemàtiques...); en recerca, que ha de tenir un paper real (amb pressupost a l'AP i amb una carrera professional), i pel que fa als pacients, *s'han d'incrementar les terapèutiques no farmacològiques* (fisioterapeutes als CAP), *una participació més activa en els organismes decisoris* (cal atansar la gestió al territori).

Mentrestant arriben els preus de referència, els incentius als prescriptors, les negociacions amb la indústria farmacològica, els nous ràpels, les noves llicències de productes per competir amb els grups homogenis i la informació institucional. A l'AP seguirem fent el que més sabem:

- **A l'AP seguirem**
- **fent el que més**
- **sabem: invertir**
- **en salut**

## CLÍNICA ONTSERRAT



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



### NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



### HABITACIONS INDIVIDUALS

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

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

# Ajornada la conferència de Sáenz de Buruaga

La conferència que Ernesto Sáenz de Buruaga y Bustamante havia de pronunciar el dia 10 de novembre passat al Col·legi de Metges de Lleida va ajornar-se amb motiu de l'atemptat, sortosament frustrat, que ETA va fer aquell mateix dia contra una parella de periodistes i el seu fill.

El Col·legi de Metges de Lleida va expressar immediatament la seva solidaritat amb els periodistes amenaçats per ETA i va fer públic un comunicat que, entre altres temes, manifestava: "Malgrat els avenços de la medicina, constatem que, malauradament, encara escapen al nostre control i guariment

determinades conductes violentes impròpies de persones mentalment equilibrades. Així i tot, el compromís ètic dels metges ens exigeix atendre i curar fins i tot aquestes persones que maten i amenacen cada dia la ciutadania".

Sáenz de Buruaga, director dels serveis informatius d'Antena 3 Televisión, vindrà properament a Lleida per donar la conferència *Avances médicos: reflejo en los medios de comunicación y expectativas sociales*, que estava inicialment programada. El Col·legi comunicarà puntualment el dia, lloc i hora d'aquesta conferència

# Estudis del grup de cicle cel·lular eucariota

Text: Grup de cicle cel·lular eucariota · Facultat de Medicina (UdL)

Una de les malalties que més repercussió té actualment en la nostra salut és el càncer. En termes senzills, aquesta malaltia esdevé de la pèrdua del control sobre el creixement i multiplicació de les nostres cèl·lules. El cos humà conté un nombre enorme de cèl·lules amb una gran diversitat de funcions, i totes elles provenen d'una única cèl·lula, el zigot, que s'origina com a fusió de l'òvul amb l'espermatozou. El creixement i multiplicació cel·lular té lloc especialment durant la gestació, però també durant la infantesa i l'adolescència. D'altra banda, en un individu adult les cèl·lules han de ser capaces de créixer i multiplicar-se per bescanviar aquelles que han deixat de funcionar correctament. Cal, però, que aquesta capacitat de multiplicació estigui sota un control molt delicat. Quan les cèl·lules perden aquesta capacitat no hi ha recanvi de cèl·lules velles per altres de noves, i el funcionament dels nostres òrgans empitjora, cosa que es manifesta gradualment durant la vellesa. D'altra banda, si les cèl·lules es multipliquen quan no cal i de manera descontrolada es produeixen tumors que, en esdevenir el que anomenem càncer, fan perdre la funcionalitat dels nostres òrgans i, molt sovint, són causa de mort.

És clar, doncs, que conèixer al màxim les peces i els mecanismes que controlen el creixement i la multiplicació cel·lular ha de ser essencial per tractar el càncer de manera adient. Quina és la situació en l'actualitat? Com el nen que observa per primera vegada l'interior d'un rellotge espatllat, els científics han començat a identificar i catalogar les peces que semblen ser importants en aquell control, i algunes vegades han entès com algunes d'aquestes peces engranen per constituir mecanismes més complexos. Tot just encara estan intentant dissenyar les eines que permetin bescanviar o arreglar de manera fidel les peces que no funcionin correctament. Com el nen que sacseja amb ingenuïtat, i sovint amb èxit, el rellotge espatllat per fer-lo funcionar un altre cop, els actuals tractaments contra el càncer han estat basats més en l'observació que en la deducció.

La recerca que el nostre grup porta a terme al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la UdL té com a objectiu identificar noves peces i entendre els engranatges que perme-

ten controlar la multiplicació cel·lular. Pel que sabem ara, el control del creixement i la multiplicació cel·lular és molt similar en els organismes eucariotes, on s'inclouen espècies tan diverses com la humana i el llevat del pa, un fong d'organització simple. El nostre grup està treballant amb aquest darrer model cel·lular, ja que disposem de moltes eines per bescanviar, corregir o malmetre peces a voluntat, i estudiar-ne els efectes funcionals per deduir els engranatges on participen. Amb això esperem contribuir, encara que sigui poc, a permetre una millor comprensió del funcionament de les nostres cèl·lules pel que fa a llur capacitat de creixement i multiplicació, que sens dubte serà imprescindible per millorar les eines de tractament del càncer.

transcripcionals que regulen l'expressió i l'activitat de les ciclins en resposta a factors interns i externs, tant al llarg del cicle de divisió mitòtica com meiótica. D'una banda, s'utilitza el llevat *Saccharomyces cerevisiae* com a model eucariòtic unicel·lular, car utilitza mecanismes molt similars als models eucariotes superiors i, com a avantatges principals, conté un genoma més simple i es pot manipular genèticament de manera ràpida i eficient. D'altra banda, el grup està treballant amb un model de neuroblastoma humà que pot ser diferenciat a cèl·lula neuronal depenent de la neurotrofina BDNF. L'objectiu general d'aquests treballs és contribuir a un millor coneixement dels processos que es troben alterats en patologies com el càncer o altres malalties que esdevenen d'alteracions en un o altre sentit de la capacitat proliferativa de les cèl·lules.

## Grup de cicle cel·lular eucariota

Yuhui Liu (*becària predoctoral*)  
Hongyin Wang (*becari predoctoral*)  
Emili Vergés (*becari predoctoral*)  
Sònia Rius (*tècnica de laborator*)  
Eloi Garí (*investigador postdoctoral*)  
Carme Gallego (*professora titular d'universitat*)  
Martí Aldea (*professor titular d'universitat*)

El Grup de Cicle Cel·lular Eucariota estudia els mecanismes interns que controlen la proliferació de les cèl·lules eucariotes i llur resposta a factors externs. En concret, s'analitzen els mecanismes transcripcionals i post-

## Projectes actius

*Regulació del ciclo celular por factores de estrés* (finançat per DGICYT, Ajuntament de Lleida, Generalitat de Catalunya i Unió Europea).

*Función de los genes reguladores del ciclo celular durante el proceso de diferenciación y muerte celular programada en un modelo de neuroblastoma humano dependiente de BDNF* (finançat per La Caixa).

## Publicacions recents

- DUJON, B.; ALBERMANN, K.; ALDEA, M.; ALEXANDRAKI D.; et al. *The nucleotide sequence of Saccharomyces cerevisiae chromosome XV* Nature 387 (Suppl.): 98-102 (1997)
- GALLEGO, C.; GARÍ, E.; COLOMINA, N.; HERRERO E.; ALDEA M.; *The Cln3 cyclin is downregulated by translational repression and degradation during the G1 arrest caused by nitrogen deprivation in budding yeast* EMBO J. 16: 7196-7206 (1997)
- CLOTET, J.; GARÍ, E.; ALDEA M.; ARIÑO J.; *The yeast Ser/Thr Phosphatases Sit4 and Ppz1 play opposite roles in regulation of the cell cycle* Mol. Cell. Biol. 19: 2408-2415 (1999)
- COLOMINA, N.; GARÍ, E.; GALLEGO, C.; HERRERO E.; ALDEA M.; *G1 cyclins block the Ime1 pathway to make mitosis and meiosis incompatible in budding yeast* EMBO J. 18: 320-329 (1999)

## PROPERES ACTIVITATS

### Exposició: Humor i Medicina al Segle XX

**Autors:** ninotaires de començaments del segle XX, les obres dels quals procedeixen del fons d'art de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, i Ermengol.

**Dia d'inauguració:** 13 de desembre

**Hora:** 19.30

**Lloc:** Sala Gòtica de l'IEI (Lleida)

### Lliurament del Premi a la Solidaritat i concert de l'Orquestra de Cambra de Salzburg

**Dia:** 13 de desembre

**Hora:** 21.00

**Lloc:** Auditori Municipal de Música Enric Granados (Lleida)

El jurat donarà a conèixer el seu veredict i lliurarà el premi als representants de l'ONG guanyadora. Tot seguit començarà el concert.

Director de l'orquestra: Yoon K. Lee

**Programa:**

J. Brahms: Serenades for Orchester en Re Mayor, op.11

A. Piazzola: Tango Sinfónico "Verano Porteño"

F.Chopin-Lee: Chopiniana



# Cuidados paliativos y Medicina actual

La Unidad Funcional de Cuidados Paliativos (UFISS) del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida dispone de ocho equipos profesionales, que intentan garantizar la calidad de vida de las

personas enfermas y de sus familiares. La Medicina paliativa, aparentemente una disciplina joven, constituye el fundamento de la práctica médica a lo largo de los siglos.

*Dra. María Nabal. Médico responsable de la UFISS-CP*

Los cuidados paliativos constituyen, aparentemente, una disciplina joven con escasamente 15 años de desarrollo. Esto no se ajusta a la realidad, un paseo sereno por la historia de la Medicina pone de manifiesto que este tipo de abordaje terapéutico ha constituido el fundamento mismo de la práctica médica a lo largo de los siglos.

Así, hasta bien entrado el siglo XX, la Medicina puede considerarse meramente paliativa. El médico era testigo de la enfermedad, pero sus posibilidades reales de intervenir para modificar su curso natural eran muy limitadas, por no decir nulas. Pese a ello, su papel resultaba fundamental en el acompañamiento del enfermo y su familia durante la enfermedad, así como en la articulación de medidas que mitigasen el sufrimiento.

La Medicina progresó espectacularmente con el descubrimiento de los antibióticos, el desarrollo de la química y la física aplicada a la Medicina, la mejora en las posibilidades diagnósticas, la aplicación de medidas básicas de salud pública, los avances en el campo de la cirugía, etc.. El médico dejó de ser espectador para convertirse en parte decisiva de la curación del enfermo. La muerte dejó de ser un hecho natural en el proceso vital de las personas para convertirse en un fracaso, un tabú. Centrados en la enfermedad, perdimos un poco de vista a la persona enferma, tanto más cuanto menores fueran las posibilidades de curación, de éxito.

En este contexto, surge en el Reino Unido la figura de la Dra. Saunders, que nació en Inglaterra en 1918 y trabajó como asistente social y enfermera. Sensible a las necesidades del paciente en situación terminal, fue animada a estudiar Medicina para poder intervenir, de forma definitiva, en su manejo terapéutico. A partir de esta formación multidisciplinar trabajó en el St Luke's Hospice y en el St Joseph's Hospice hasta inaugurar, en 1967, su propio centro: el St Christopher's Hospice.

Su actividad asistencial, docente e investigadora dentro del campo de los cuidados paliativos ha permitido que esta área, antes relegada al ámbito caritativo, se incorpore al ámbito científico de manera universal.

A partir de los años setenta, el desarrollo de los cuidados paliativos ha sido creciente aunque irregular. El estado español es fiel reflejo de la evolución de los cuidados paliativos en Europa y en el mundo. Las primeras aportaciones aparecen a principios de los años ochenta, gracias a ellas comienza a fraguarse el clima idóneo para que en 1984 aparezca, de la mano del Dr. Jaime Sanz Ortiz, la primera unidad de cuidados paliativos del país, incluida dentro del servicio de Oncología del Hospital Marqués de Valdecilla.

En Cataluña, debemos destacar las figuras del Dr. Xavier Gomez-Batiste y del Dr. Josep Porta por su papel como pioneros e impulsores de los cuidados paliativos. Formados ambos en Londres, pusieron en marcha sendos programas de cuidados paliativos en Vic y Barcelona y, casi inmediatamente después, en Lleida.

◆ *El enfermo y la familia son la unidad de intervención*

◆ *El paciente debe participar en la priorización de los objetivos terapéuticos*

¿En qué consisten los cuidados paliativos?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Medicina Paliativa como:

“El cuidado activo y total de los pacientes afectados de una enfermedad que no responde al tratamiento curativo. Siendo fundamental el control del dolor y el resto de síntomas, así como los problemas de índole psicológica, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mayor calidad de vida a los pacientes y sus familias. Muchos de los aspectos propios de la Medicina Paliativa son aplicables a las fases precoces de la enfermedad conjuntamente con el tratamiento anticanceroso.”

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que reúne a los profesionales dedicados al tratamiento del enfermo en situación de enfermedad terminal, establece que los criterios de enfermedad terminal son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte
- Pronóstico de vida inferior a seis meses

¿Cuáles son los fundamentos de cualquier intervención en cuidados paliativos?

- El enfermo y la familia son la unidad de intervención: la familia constituye el núcleo fundamental de apoyo para el enfermo, sobre todo en el ámbito domiciliario. Pacientes y familiares precisan estrategias terapéuticas específicas. Los primeros relativos al control de síntomas y apoyo socioe-



*Los fármacos son herramientas eficaces a la hora de mejorar la calidad de vida.*



*Es fundamental dar una atención integral a la persona enferma y a su entorno familiar.*

mocional, los segundos destinadas a la educación, adiestramiento, expresión de preocupaciones, seguimiento del duelo.

• La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo: si el objetivo principal perseguido es la calidad de vida del enfermo, la única estrategia válida de aproximación será el respeto a las decisiones del paciente, que debe participar activamente en la priorización de objetivos terapéuticos y en la posterior toma de decisiones.

• Una concepción terapéutica activa: los cuidados paliativos huyen del nihilismo del “no hay nada que hacer” cuando se han agotado los tratamientos curativos. El arsenal farmacéutico disponible para el control de síntomas, así como las diversas técnicas de apoyo psicosocial, constituyen herramientas de sobrada eficacia a la hora de mejorar la calidad de vida del paciente en situación de enfermedad terminal.

• La importancia del entorno: conscientes de que las medidas ambientales, el clima creado, el grado de comunicación y confort juegan un papel fundamental en el manejo de los síntomas, en cuidados paliativos se cuidan estos detalles a partir de medidas de estructura y proceso, así como suscitando actitudes en la familia y el entorno sanitario.

• Atención integral: la persona (enfermo o familiar), considerada en todas sus dimensiones y no desligada de su historia personal previa, es el objetivo de nuestra intervención para lo cual es preciso un equipo interdisciplinar capaz de recoger y colaborar en la gestión de todos los aspectos biológicos, emocionales, sociofamiliares y espirituales asociados al sufrimiento y a la muerte.

¿Cuáles son los instrumentos básicos en los que se basa la Medicina Paliativa para alcanzar

sus objetivos?

Simplificando un poco las cosas, podemos resumir las herramientas fundamentales de los cuidados paliativos en:

- Control de síntomas: conocer, detectar, evaluar y tratar los síntomas constituye el punto de partida para garantizar la calidad de vida.

Un correcto tratamiento paliativo pasa por:

- Una evaluación exhaustiva del número y la magnitud de los síntomas que sufre el paciente, así como su grado de impacto en su calidad de vida. Dado que los síntomas pertenecen a la esfera de lo subjetivo, la principal fuente de información será siempre el paciente.

- La determinación de la causa o causas que condicionan la presencia de los síntomas, siempre desde una perspectiva de proporcionalidad, confort y capacidad de intervención.

- El establecimiento de objetivos terapéuticos realistas con el enfermo y su familia

- El manejo adecuado de los tratamientos disponibles

- La evaluación sistemática y periódica de los resultados obtenidos

- Apoyo emocional y comunicación: Sólo en el contexto de un clima de comunicación abierta, centrada en las demandas del paciente, donde se cuida tanto la expresión verbal como la no-verbal, podremos ofrecer una relación de ayuda terapéutica, que permita aflorar los síntomas de la esfera emocional, y proponer estrategias de adaptación o afrontamiento

- Cambios en la organización:

El modelo de cuidados paliativos ha roto la vieja verticalidad de la asistencia médica. Los diferentes profesionales, reunidos en torno al enfermo, serán capaces de colaborar, cada uno desde su faceta específica, en el desarrollo de un plan global de intervención que recoja todas las necesidades del paciente y su familia.

Destaca también la incorporación de la familia y del voluntariado como partes fundamentales de un equipo terapéutico más amplio.

- Equipo interdisciplinar:

En íntima relación con lo expuesto en el apartado anterior, será la pluralidad de los profesionales que integran el equipo la que garantice una aproximación a todas las necesidades del paciente. El equipo, por su parte, crece y se enriquece a partir del intercambio cotidiano de experiencias y puntos de vista diversos. La existencia de múltiples profesionales distribuye las cargas y proporciona elementos de apoyo al sanitario en contacto con el sufrimiento y la muerte de forma constante.

Habitualmente, el personal que confi-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

gura estos equipos incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos. Los programas más consolidados cuentan además con fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales y voluntarios adiestrados, entre otros.

¿Qué recursos de cuidados paliativos existen en Lleida?

Los equipos dedicados a cuidados paliativos en nuestra región sanitaria han crecido poco a poco y a distintos niveles. En la actualidad disponemos de ocho equipos:

- Cuatro equipos de soporte a la Atención Primaria (PADES) cada uno de los cuales tiene asignadas determinadas comarcas:
- Lleida ciudad
- Segarra- Urgell-Noguera
- Pla d'Urgell-Segria-Garrigues
- Solsona
- Tres unidades de hospitalización:
- Unidad Socio Sanitaria (USS)
- Hospital de la Cruz Roja
- Hospital Jaume d'Urgell de Balaguer
- Un equipo de soporte en un hospital de agudos (UFISS)

Pese a no existir una estructura formal, que coordine y articule este tipo de asistencia, los profesionales

## ◆ Hay 8 equipos de cuidados paliativos en las comarcas leridanas

implicados hemos creado foros de discusión en los que consensuamos las estrategias terapéuticas a desarrollar ante los problemas más prevalentes. De la misma manera, hemos establecido canales informales de comunicación, que intentan asegurar una continuidad asistencial del enfermo en situación terminal.

Ahora bien, garantizar la calidad de vida al 100% de los enfermos, en el caso de una enfermedad incurable,

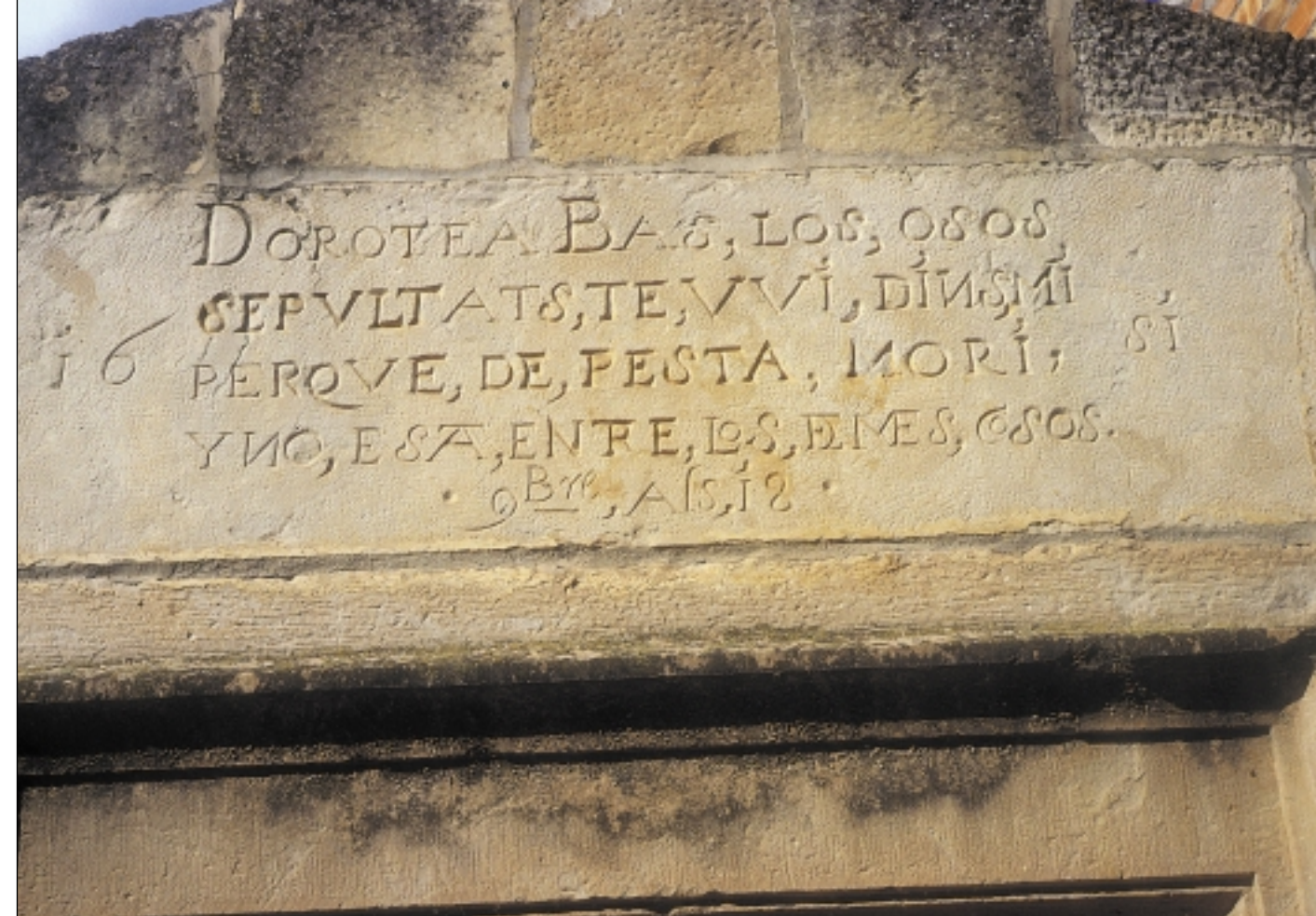
Si necessitis nuestra colaboració nos podeis encontrar en la siguiente direcció:

Unidad Funcional de Cuidados Paliativos (UFISS)  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova  
Avda. Alcalde Rovira Roure 80 · Lleida 25198  
Tel: 973/244 025 - 973/705 243  
Correo electrónico: ufiiss@arnau.scs.es

pasa porque todos los profesionales sanitarios nos sentimos implicados y colaboremos estrechamente, cada uno desde su ámbito de intervención.

Aunque nos han formado mucho más en el curar que en el cuidar, todos los médicos podemos detectar síntomas que limitan la calidad de vida de nuestros pacientes. Todos podemos poner en marcha tratamientos sencillos en aras a controlar esos síntomas. Todos estamos llamados a proporcionar información veraz, a la vez que tolerable, sobre el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad.

Desde nuestra experiencia en el tratamiento de muchos enfermos en situación de enfermedad terminal, podemos afirmar que una mentira piadosa no reduce el sufrimiento, lo retrasa y limita las posibilidades que tienen paciente y familia de poner en marcha los mecanismos adaptativos necesarios para, incluso en el proceso de morir, extraer experiencias gratificantes.



Làpida que hi ha a l'ermita de la Mare de Déu de l'Horta de Preixana.

# La temença als cadàvers durant les epidèmies de pesta

Els familiars enterraven la major part dels cadàvers de les víctimes de la pesta en el mateix lloc on morien perquè consideraven que aquesta era la causa més perillosa de contagi. També era freqüent llançar els cadàvers dels empestats a les sitges o serra avall, com a la Vall d'Aran.

Textos: Dr. Manuel Camps i Clemente i Dr. Manuel Camps i Surroca

Dels tres grans estralls que durant segles van copejar els destins de la humanitat, "pesta, fam i guerra", va ser la pesta el que va tenir les més tràgiques conseqüències.

El criteri que actualment tenim

d'aquesta malaltia bacteriana, "Yersinia Pestis", transmesa principalment dels animals rosegadors a l'home a través de la picada de la puça, no té res a veure amb el que tenien al segle XIV i següents, que la considera-

ven d'origen diví per castigar els pecats dels homes.

Per exemple, l'any 1520, els lleidatans atribuíren la pesta que assolava la ciutat al càstig de Déu, perquè els infants orfes de l'Hospital del Sant Esperit es morien de fam. L'administrador es quedava amb els diners pertanyents a la institució.

Lleida, com en moltes altres ocasions, el mes de novembre de 1520 era gairebé buida i encara continuava així al mes de juny de 1521, "encara estava buida la ciutat per motiu de la malaltia".

Moltes eren les creences populars sobre quins eren els vehicles de contagi en temps d'epidèmia.

Hom podia contagiar-se a través del contacte amb els malalts. Per això, les extremades mesures d'aïllament que es prenen, com tancar els portals de les poblacions, aïllar durant 40 dies els que procedien de llocs infectats, cremar els objectes que havien estat en contacte amb els morts de pesta, principalment les robes, per això sempre es cremava la que hi havia a casa de l'empestat, el paper i monedes, que eren desinfectats amb vinagre. Quan el rector d'una parròquia moria de pesta, es destruïa el corresponent llibre sacramental que emprava, fet molt lamentable per a l'estudi d'aquelles epidèmies.

També eren vehicle de contagi els

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

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

## Joies úniques

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

**PERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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





pànic del poble envers la malaltia.

Com a exemples, en una masia del terme d'Olot emmalaltí la criada, motiu pel qual va ser foragitada de la casa. La pobra dona, que deambulava malalta pel terme sense ser admesa enlloc, acabà morint en un bosc i va ser menjada pels gossos.

A l'Anoia, un matrimoni amb vuit fills que anaven a Igualada, anaren emmalaltint en el decurs del viatge. Quan demanaven aixopluc pels llocs de pas, eren foragitats d'arreu a cops de pedra. Va haver de ser el pare qui amb les seves pròpies mans anés soterrant vora del camí la seva muller i tots els fills, tal com anaven morint.

A l'arxiu parroquial de Verdú es conserva un llibre manuscrit de l'any 1348 del metge lleidatà Jaume d'Agramunt titulat, *Regimen de preservació de la pestilència*, dirigit als paers i poble de Lleida per tal que poguessin fer front a l'epidèmia de pesta que estava envaint ja el país.

Jaume d'Agramunt, en aquest tractat, exposa els seus criteris ordenadament, i escriu sobre els següents aspectes concrets: concepte, tipus, causes i signes de pestilència, efectes de l'aire pestilencial i regiment contra l'aire pestilencial.<sup>13</sup>

Un fragment d'aquest tractat diu literalment:

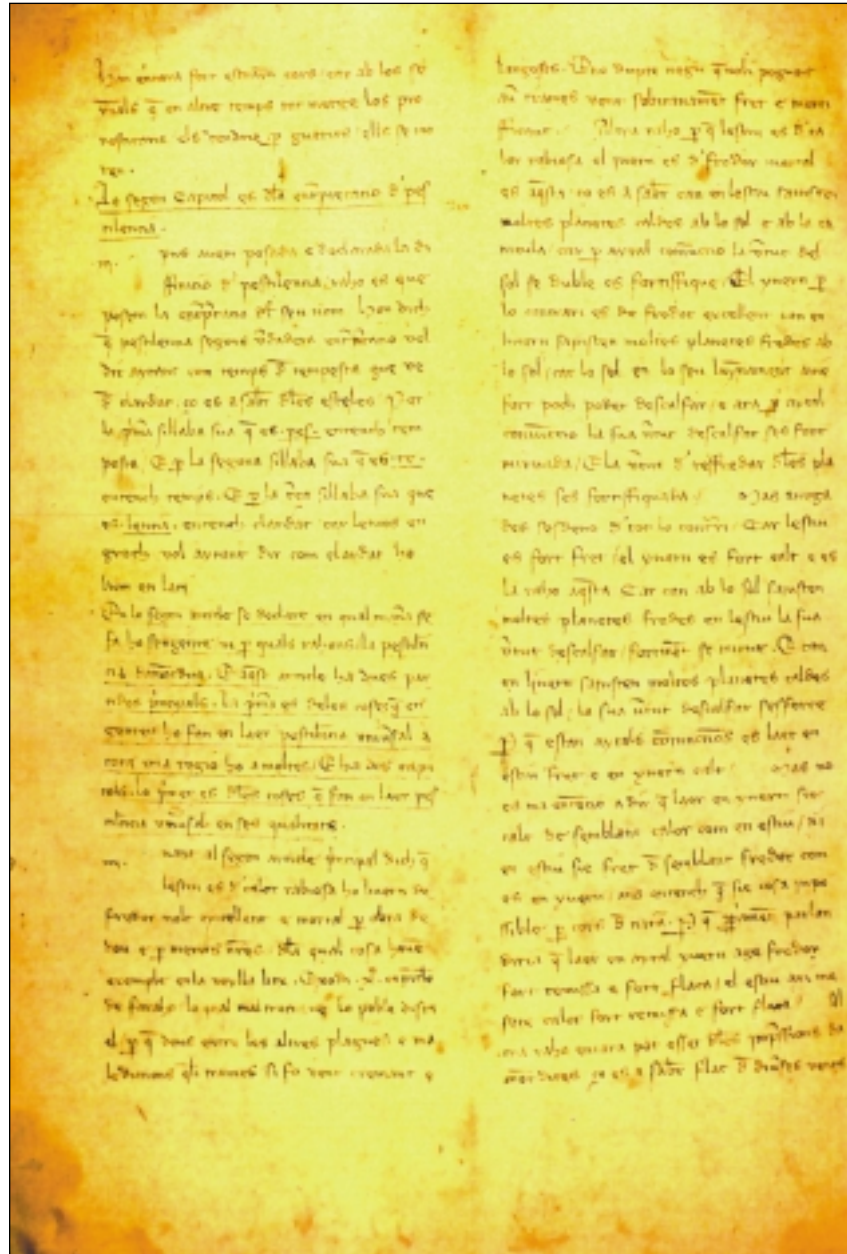
*"Lo quart article es de la alteració e del mudament que fa l.aer pestilencial en les coses vivents e especialment en lo nostre cors lo qual ha II capitols. Lo primer capitol és del mudament que l.aer que és pestilencial en ses qualitats"*.

En aquest capítol parla, entre altres coses, del diagnòstic de la mort:

*"E si és tant fret que pusque fer penetració dins lo nostre cors mortifique la calor natural, perques trobe que molt hom és mort per gran fret. Encara fa apoplexia, ço és, dit ajustament ho apostemació del cervell per la qual hom soptament pert lo moviment el sentiment, així que nos coneix apenes de la persona si és morta ho viva, ni en pols ni en alender."*

*Per a provar si són morts ho vius, pren hom .I. poch de lana fort prima e fort subtil e poselals hom prop los forats del nas ho a la boca, e si poch ni molt alenden, la lana se mou per l.aer que ix e entre per los forats del nas e de la bocha. Encara n fa hom altra prova que és, a saber, quels pose hom un gubell plen vertent d.aygua sobrel pits, endret lo cor. E si per aventura lo cor ha algun moviment, veu hom moure l.aygua. E si per aventura nos mou, liurar pots lo pacient als cape-lans. Altre seynals hi ha, mas, aquesta cumplen a basten de present"*.

La fatalitat va voler que el metge Jaume d'Agramunt, autor d'aquest tractat sobre normes que s'havien de seguir per la preservació de la pestilència, morís de pesta en aquella mateixa



Una pàgina de l'obra "Regimen de preservació de la pestilència".

**Acronims**

AAT: Arxiu Arxidiocesà de Tarragona  
 AHCB: Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona  
 ACC: Arxiu Històric Comarcal de Cervera  
 APV: Arxiu Parroquial de Verdú

**Notes**

- [1] CAMPS I CLEMENTE, M.; CAMPS I SURROCA, M.: "Les pestes del segle XVI a les terres de Lleida", A: *Miscel·lània de les terres de Lleida al segle XVI*, IEI, Lleida, 1995, pàg. 117-172.
- [2] AHCB. Cartes comunes originals, 1598-9, foli 149.
- [3] AAT. Fons Parroquials. Arxiu Parroquial de la Pobra de Cérvoles. Òbit 1642-1700.
- [4] CAMPS CLEMENTE M., CAMPS SURROCA, M.: "Les pestes del segle XVI a les terres de Lleida", A: "Miscel·lània de les Terres de Lleida al segle XVI", IEI, 1995, pàg. 117-172.
- [5] APV. Llibre núm. 4 d'Òbits, 1595-1636.

- [6] AHCB. Deleberacions del Consell, any 1586, foli LXIII.
- [7] CAMPS I CLEMENTE, M. Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana. Tesi doctoral (inèdita).
- [8] SEGURA I VALL, J. Prev. Història de Santa Coloma de Queralt, 1971, pàgs. 387-90.
- [9] Es refereix al monestir de Jesús, situat a extramurs.
- [10] Contagiati, empestat.
- [11] CAMPS CLEMENTE, M. CAMPS SURROCA, M. *La pesta del segle XV a Catalunya*, UdL-Ajuntament d'Alcarràs, 1998, pàg. 359-60.
- [12] ACC. Consells, plec 1653.
- [13] CAMPS I SURROCA, M. CAMPS I CLEMENTE, M. "La pesta de meitats del segle XVII a Catalunya", Seminari Pere Mata, Departament de Medicina Legal, Laboral i Toxicologia, Facultat de Medicina, UDB, Lleida, 1985, pàg. 16.

# Desnutrició en Medicina Primària: un problema todavía no resuelto

A pesar de haber traspasado ya el umbral del siglo XXI, la desnutrición continúa siendo un problema arraigado en nuestro mundo como lo era en siglos pasados. Casi una sexta parte de la población mundial puede tener déficits nutricionales.



La desnutrició afecta negativament en la morbiditat i mortalitat de los pacients.

Dr A. Rodríguez  
 Profesor titular de la UdL

Se calcula que de los 6.000 millones de personas que pueblan actualmente nuestro planeta unos 840 millones –casi una sexta parte– pueden tener déficits nutricionales y que unos 40 millones de éstos mueren anualmente a consecuencia del hambre.

En muchas zonas del planeta esto constituye un problema endémico. En nuestro país, y en el resto del llamado mundo occidental, la desnutrición no suele afectar a la población general, pero sí a algunos sectores de grupos marginales. Por el contrario, en una parte de la población –las personas enfermas– la desnutrición sigue siendo todavía un problema no resuelto. Efectivamente, la desnutrición en las personas enfermas es una circunstancia mucho más común de lo que se creía. Por ejemplo, diversas series de pacientes hospitalizados han mostrado altos porcentajes de desnutrición, que afectan tanto a pacientes quirúrgicos como a enfermos con patologías médicas, de los cuales existen numerosas publicaciones. (Tabla I).

Sin embargo, son escasos los trabajos científicos sobre la incidencia de la desnutrición en Medicina Primaria y sobre su significación y su repercusión en la evolución de las personas enfermas. En nuestro medio, apenas se han realizado exploraciones nutricionales en la población enferma no hospitalizada. Nosotros creemos que la prevalencia de la desnutrición debe ser alta

◆ **La única causa de desnutrición en la población sana es el déficit de ingesta de alimentos**

y, como veremos más adelante, su repercusión en la evolución de las diversas enfermedades siempre es negativa.

**Causas de desnutrición en las personas enfermas**

La única causa de desnutrición en la población sana es el déficit de ingesta de alimentos debido a falta de disponibilidad, como ocurre en grandes zonas del mal llamado tercer mundo. En un mundo, como el actual, que produce alimentos de sobras para alimentar a

todos sus habitantes esto es del todo intolerable y denota un estrepitoso fracaso organizativo de nuestra sociedad.

En las personas enfermas, las causas de desnutrición vienen determinadas por situaciones y complicaciones ligadas a las enfermedades. Las causas más comunes son las siguientes:

- Situaciones de ayuno y semiayuno más o menos prologado debido a ciertas enfermedades o a dificultad para utilizar la vía oral para la alimentación.
- Frecuentes situaciones de astenia, náuseas y vómitos.
- Requerimientos nutricionales aumentados por la enfermedad de base.
- Abuso de sueros no calóricos en pacientes que tienen necesidades aumentadas y tienen una ingesta limitada.
- Pérdidas extraordinarias resultantes de complicaciones del tratamiento médico-quirúrgico o de la enfermedad de base.
- Desaprovechamiento de los nutrientes administrados por vía

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

improcedente o mal utilizada.

- Interferencia de ciertos tratamientos farmacológicos en la absorción intestinal de algunos nutrientes.

Consecuencias de la desnutrición para el organismo enfermo

Las diversas series publicadas han demostrado que la desnutrición afecta de forma claramente negativa en la morbi-mortalidad de los pacientes hospitalizados. Es decir, que las personas enfermas tienen más enfermedades, son más graves y es más alta la mortalidad si se asocian a un cuadro de desnutrición, independientemente del tipo de enfermedad y de la gravedad de la misma.

En efecto, se ha demostrado que la desnutrición juega un papel de primer orden en la evolución de los enfermos, independientemente de su etiología y de su gravedad, ya que es perjudicial para la mayoría de funciones, órganos y sistemas. Ninguna función, ningún órgano ni sistema del cuerpo humano se beneficia de la desnutrición.

Por el contrario, la desnutrición aumenta la morbilidad y la mortalidad de los pacientes hospitalizados y desencadena o potencia alteraciones y complicaciones múltiples, entre las que destacan las alteraciones del medio interno, (edemas, diselectrolitemias, etc.), el déficit de síntesis de proteínas viscerales, (albúmina, prealbúmina, transferrina, proteínas de fase aguda, etc.), y la disminución de la capacidad de respuesta inmune (Tabla II).

Todo este elenco de complicaciones secundarias a la desnutrición conlleva repercusiones negativas en la evolución de los pacientes: aumenta la incidencia de infecciones (infección de heridas, neumonías, sepsis, etc.), retarda la capacidad de cicatrización (cicatrices defectuosas, fallo de suturas, fistulas, callos de fracturas mal consolidados, etc.), favorece el desarrollo del fallo de múltiples órganos (anasarca, shock, fracaso renal, distrés respiratorio del adulto, fallo hepático, hemostático, etc.), que constituyen el temido fracaso multiorgánico, (FMO), una de las causas actuales de mayor mortalidad.

Así mismo, se ha demostrado que todo este amplio listado de complicaciones se reduce significativamente con un soporte nutricional adecuado, que prevenga y evite además la desnutrición.

La desnutrición en Medicina Primaria

Existen pocos estudios que hayan explorado este tema en Medicina Primaria, por tanto, no hay datos fidedignos sobre su prevalencia y sobre su importancia en este campo.

Tabla I. Prevalencia de desnutrición hospitalaria

AUTOR	PAÍS	AÑO	PREVALENCIA
Bistrían	USA	1976	50%
Hill	Inglaterra	1977	25-40%
Willcuts	Inglaterra	1977	65%
Weinsier	USA	1979	47-79%
Celaya	España	1983	31%
Mobarham	Italia	1987	23%
Larsson	Suecia	1994	27%
Jensen	Dinamarca	1996	28%
Hoff	Holanda	1997	35%
Hanger	N Zelanda	1999	51%
Niyombago	Burundi	1999	47%
Pareja	España	1999	56%

En mi opinión, existe un buen número de patologías, que se tratan habitualmente de manera ambulatoria, en las cuales es fácil el desarrollo de desnutrición, especialmente patologías de tipo crónico en tratamiento farmacológico o de otro tipo continuado, como las que recoge la tabla III.

Las causas etiológicas más importantes por las cuales ciertas enfermedades pueden conducir a la desnutrición son las siguientes:

- Anorexia motivada por la enfermedad o inducida por fármacos.
- Disnea que dificulta la ingesta de alimentos.
- Frecuentes problemas digestivos, como náuseas, vómitos y diarreas.
- Alteraciones de la absorción intestinal por radiaciones, cirugía, hipoalbuminemia, etc.
- Interferencia de ciertos fármacos en la absorción de algunos nutrientes.
- Problemas digestivos tanto de tipo mecánico como funcional.
- Alteraciones metabólicas motivadas por la enfermedad y/o poten-

ciado por algunos tratamientos farmacológicos.

- Frecuentes situaciones de hipermetabolismo.
- Restricciones dietéticas inadecuadas.

Conclusiones

Es necesario que los médicos de Medicina Primaria adquieran conciencia de la importancia de la desnutrición y de las repercusiones negativas que tiene para la evolución de sus enfermos. Para ello, se debería estimular una actuación que sistematice la exploración del estado nutricional en todos los pacientes, especialmente en aquellos que padecen enfermedades de evolución crónica.

Esta exploración, como describimos en un artículo anterior, puede hacerse de manera sencilla y nos proporcionará una información suficiente para tipificar el estado nutricional de los pacientes y adecuar el soporte nutricional y evitar o minimizar la desnutrición.

Tabla II. Consecuencias de la desnutrición en la evolución del paciente enfermo

<b>Disminución de la capacidad de cicatrización</b>	Cicatrización defectuosa de heridas Aumento de incidencia de dehiscencia de suturas Retraso de la cicatrización del callo de fractura Atrofia muscular y úlceras de decúbito
<b>Modificación de la síntesis y degradación de las proteínas</b>	Hipoalbuminemia Déficit de proteínas transportadoras Déficit de proteínas de fase aguda
<b>Alteraciones de la inmunidad</b>	Disminución de la capacidad respuesta inmune Aumento de incidencia de infecciones Mayor gravedad de las infecciones
<b>Alteraciones funcionales</b>	Hipotonía intestinal Alteración de los enzimas de absorción Alteración de la eritropoyesis Oliguria y tendencia a la uremia Edemas

Tabla III. Enfermedades crónicas más frecuentes que pueden conducir a la desnutrición

<b>Enfermedades cardiocirculatorias</b>	Hipertensión arterial severa Insuficiencia cardíaca Valvulopatías severas
<b>Enfermedades respiratorias</b>	Enfisema pulmonar EPOC con insuficiencia respiratoria crónica Asma bronquial crónico Neumoconiosis evolucionadas
<b>Enfermedades hepáticas</b>	Cirrosis Hepatitis crónica Insuficiencia hepática de diverso origen
<b>Enfermedades renales</b>	Insuficiencia renal crónica de diverso origen
<b>Enfermedades digestivas</b>	Enfermedades de Crohn Colitis ulcerosa Esprue
<b>Cáncer</b>	De diverso origen
<b>Caquexia de origen múltiple</b>	Anorexia nerviosa Caquexia hipofisaria Etilismo crónico SIDA ADVP

Bibliografía

- Bruun LF, Bosaeus I, Berstad I, Nygaard K. "Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation". *Clinical Nutrition*, 1999; 18(3): 141-147
- Farré Rovira R, Frasquet Pons I, Ibor Pica JF. *Complicaciones postoperatorias en pacientes denutridos: impacto económico y valor predictivo de algunos indicadores nutricionales*. Nutr Hops, 1998; 13(5): 233-9
- Sullivan DH, Sun S, Walls RC. "Protein-energy undernutrition among elderly hospitalised patient: a prospective study". *JAMA*, 1999; 281(21): 2013-9
- Celaya S. "Desnutrición: concepto, etiología, incidencia y su repercusión en el paciente". En: S Celaya Pérez ed. *Tratado de Nutrición artificial*. Tomo I, pág. 71. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998.

¿Recibe una pensión?

¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:  
 ANTICIPO DE PENSION • TARJETAS GRATUITAS  
 REGALO SEGURO • MEDICO 24 HORAS  
 ASISTENCIA DOMICILIARIA • SERVICIO DE VACACIONES  
 Y VEINTE VENTAJAS MÁS.

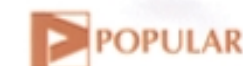
Todo esto puede ser Gratis.

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 CREDITO BALEAR  
 BANCO DE ANDALUCIA  
 BANCO DE GALICIA  
 BANCO DE CASTILLA  
 BANCO DE VASCONIA

# Ja coneixes el correu electrònic?

La cara més coneguda i apreciada d'Internet és la *world wide web*, amb tots els seus vistosos continguts multimèdia d'imatges, veus i música.

El que ja no és tan conegut és que Internet ofereix, a més de la *www*, altres serveis molt útils, que són:

- L'FTP (protocol de transferència de fitxers), que ens permet enviar o rebre fitxers de qualsevol mena (programes, fotos, música, etc.).

- El correu electrònic, del qual ara parlarem.

- Els newsgroups, o grups de notícies, i els listserv, o llistes de subscripció, que també usen el correu electrònic, i dels quals també parlarem més endavant.

D'entrada, cal que us recordi que el correu electrònic fonamenta una part important dels usos d'Internet, i això era així ja en els inicis d'Internet. En els anys 70, quan s'usava Arpanet (un predecessor de l'actual Internet), un nord-americà, Ray Tomlinson, va dissenyar un programa, conegut amb el nom de SNDMSG (*send messages*, que vol dir enviar missatges) que permetia enviar missatges de correu a altres usuaris, i en pocs anys el 75% del trànsit d'Arpanet era de correu electrònic. Aquest mateix programa, amb lleus modificacions, és el que usem avui, encara que ocupa menys percentatge del trànsit d'Internet, al voltant d'un 20%.

El correu electrònic funciona amb un principi similar al del correu tradicional (i és conegut amb el nom de *correu del caragol* per molts internautes).

Es tracta d'enviar un contingut, -generalment un text, i que pot anar acompanyat de més coses, com ara un fitxer de fotos, o música, o un programa-, a un destinatari a qualsevol lloc del món. Es necessita una adreça de destinació i

del remitent. El principals avantatges són la gran rapidesa, que permet que en qüestió de segons el missatge pugui arribar a l'altre extrem del planeta, i l'economia, ja que el seu cost és irrisori. I si no troba el destinatari, ens el tornen amb un petit informe sobre quin ha estat el motiu.

Les adreces del correu electrònic es reconeixen amb molta facilitat per la presència del símbol @, que per als angloparlants és el símbol de la preposició anglesa *-at-*, que vol dir *a o dins de*. Per posar un exemple: [jgreoles@comll.es](mailto:jgreoles@comll.es) vol dir: l'usuari [jgreoles](mailto:jgreoles@comll.es) al servidor [comll.es](mailto:jgreoles@comll.es) (el qual és un domini propi, registrat i reconegut en tota la xarxa

mundial). Entre nosaltres és coneguda per *arrova* per la semblança amb el símbol que antigament era usat a Castella i Aragó com a mesura de pes. En altres idiomes es coneix de maneres diferents, com ara els nostres veïns francesos la coneixen per *arobase* perquè s'assembla a la que usem nosaltres, o per *escargot* perquè s'assembla a un caragol, i en altres idiomes té noms que traduïts volen dir: ratolinet, cua de mona, gossat, rosa, i altres.

Ara veurem que avui podem disposar de dos menes de correu electrònic:

- El POP3, que és el més tradicional, ràpid i segur.
- El *webmail*, que és més fàcil d'usar, i a més acostuma a ser gratuït. Els desa-

vantatges són que té menys capacitat i és menys segur.

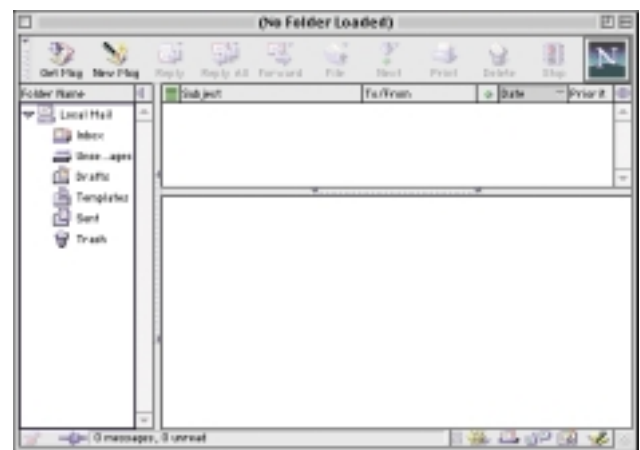
El sistema tradicional POP és el que usen els programes gestors de correu-e, que o bé estan inclosos en els navegadors (com ara Netscape o Explorer) o poden ser programes exclusivament per a aquest ús (com ara Pegasus o Eudora).

Aquests programes necessiten que els donem les adreces següents, que ens les ha de donar el nostre proveïdor d'accés:

- SMTP- *Outgoing mail server*, és a dir el servidor a través del qual sortirà el nostre missatge.
- POP - *Incoming mail server*, és a dir el servidor a través del qual rebrem el nostre missatge.
- POP *user name*, és a dir el nom d'usuari del nostre servidor, que acostuma a ser el nom que hi ha a l'esquerra de la @ de la nostra adreça de correu (per exemple: [jgreoles@comll.es](mailto:jgreoles@comll.es))
- *Password*, és a dir, contrasenya que tenim com a usuaris POP
- NNTP, és a dir, el servidor de *news* que usarem.

A més, en fer la configuració dels programes ens demanaran també:

- *Your name*, és a dir, el nom que volem que vegin els que rebien el nostre correu.
- *Your email*, és a dir, l'adreça electrònica que



Serveis de *webmail* (correu web) més coneguts: Mixmail, del portal [ya.com](http://ya.com). Yahoo, del portal [Yahoo.es](http://Yahoo.es) (també en anglès [yahoo.com](http://yahoo.com)). Webmail, de Netscape. Hotmail, de Microsoft i molts altres.

volem que aparegui en els missatges que enviem. Hauria d'ésser la nostra, o bé una que sigui nostra.

L'adreça que us subministra el COMLL és d'aquesta mena, i el CD va acompanyat d'un petit programa que us farà la configuració del navegador, només li haureu de donar les dades i prou.

Un cop degudament configurat tot això, ja podem enviar i rebre missatges.

El *webmail* són unes pàgines web que ens ofereixen correu electrònic habitualment gratuït, i que tenen l'especial al·licient que hi accedim com una pàgina web i, per tant, ho podem fer des de qualsevol ordinador de la xarxa, i tant és si som a casa nostra o a casa d'un amic (i que a més sigui un MAC, o porti Linux en lloc de Windows), o bé que estiguem en un Cibercafé.

Un altre al·licient pot ésser

l'anonimat més fàcil. La contrapartida és que l'accés és una mica més lent, i no hi ha tanta seguretat. També que l'espai màxim de què disposem per guardar els missatges és bastant més limitat.

La configuració és molt fàcil, ens deixen escollir el nom d'usuari (si ja existeix ens el faran canviar), i el *password* o contrasenya, i ja està.

Alguns, a més, ens permeten accedir també a les nostres adreces de correu-e del tipus POP3.

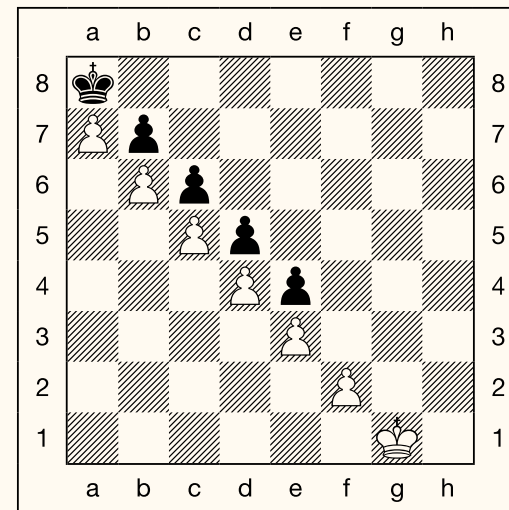
En el pròxim *Butlletí Mèdic* parlarem de com enviar i rebre correu-e, i sabent això, com i per a què s'utilitzen els *Newsgrups* o grups de notícies, i els *Listserv* o llistes de subscripció.

**Dr. Josep M. Greoles i Solé**

## PROBLEMA D'ESCACS

### Tema: Finals de reis i peons

Blanques juguen i guanyen



### SOLUCIONS

1. f3 o f4 - e3x3 (rap.) - e2x2 (única) 2. f1f1 - f2 (única) 3. e4 - e4x4 (única) 4. f2x2 - e3x3 (única) 5. e5 - e5x5 (única) 6. d3 - d3x3 (única) 7. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 8. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 9. e5 - e5x5 (única) 10. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 11. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 12. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 13. e5 - e5x5 (única) 14. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 15. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 16. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 17. e5 - e5x5 (única) 18. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 19. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 20. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 21. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 22. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 23. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 24. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 25. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 26. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 27. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 28. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 29. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 30. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 31. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 32. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 33. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 34. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 35. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 36. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 37. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 38. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 39. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 40. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 41. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 42. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 43. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 44. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 45. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 46. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 47. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 48. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 49. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 50. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 51. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 52. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 53. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 54. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 55. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 56. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 57. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 58. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 59. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 60. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 61. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 62. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 63. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 64. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 65. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 66. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 67. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 68. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 69. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 70. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 71. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 72. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 73. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 74. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 75. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 76. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 77. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 78. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 79. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 80. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 81. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 82. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 83. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 84. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 85. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 86. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 87. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 88. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 89. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 90. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 91. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 92. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 93. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 94. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 95. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 96. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 97. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 98. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 99. f2x2 - d3 - d3x3 (única) 100. f2x2 - d3 - d3x3 (única)

## Darrers acords de la Junta de Govern del COML

La Junta de Govern del Col·legi de Metges de Lleida ha pres, en les sessions ordinàries dels dies 7 de setembre i 5 d'octubre passats, els següents acords:

- Nomenament de la Dra. Rosa M. Pérez Pérez com a membre de la Comissió de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en representació del Col·legi de Lleida.
- Estudiar les relacions del Col·legi amb empreses de Lleida i de Barcelona amb

la finalitat d'aconseguir, per a l'any vinent, nous serveis i mitjans per als col·legiats i col·legiades.

- Establir que les peticions de subvencions al COMLL per a actes acadèmics o científics es presentin, com a màxim, el mes de novembre de l'any anterior a la seva celebració per tal de poder incorporar-les als pressupostos de l'any següent.
- Estudiar de manera personalitzada les sol·licituds de lloguer de la sala

d'actes per a la celebració d'actes.

• Es dona compte de la contractació per part de la secció administrativa i de la incorporació de Josep Regany com a comercial per a l'estructura de serveis financers. Així mateix s'informa de la contractació d'una becària per a l'àrea d'assegurances.

• S'informa que el Col·legi ha d'eleger el proper any 2001 el vocal de medicina extrahospitalària, el vocal d'exercici lliure i el vocal de professionals en atur. La junta informará sobre les diferents fases del procés electoral.

• S'informa que la Junta i la comissió deontològica del Col·legi estudien la normativa sobre els anuncis

publicitaris de temes mèdics.

### Moviment col·legial

**ALTES**  
Rafael Cerdán Pascual, procedent de Saragossa.  
Jorge Soler González, nou Victòria Estrada Pujol, procedent de Barcelona.  
M<sup>a</sup> Blanca Espinosa Martínez, procedent de Madrid.

Javier Martínez Redondo, procedent de Barcelona.  
Luis Brieva Ruiz, procedent de Barcelona.

**BAIXES**  
Joan Beaumont Roger, defunció.  
Josep Simorra Flinch, defunció.



### Descobriments de la placa de la nova plaça del Dr. Roura

El municipi de les Valls d'Aguilar va retre homenatge al Dr. Roura, en complir 25 anys com a metge del poble el dia 9 de setembre passat. A l'acte, presidit per l'alcalde, Jesús Bentanachs, en el consistori del municipi, hi va assistir el delegat de Sanitat a Lleida, Antoni Mateu, i el president del Consell Comarcal de l'Alt Urgell, Ventura Roca.

En el decurs de l'acte es va descobrir una placa que dedica una plaça del poble de Noves de Segre al seu metge. A continuació, es va servir un dinar popular, a la nova plaça del Dr. Roura, en el qual es van aplegar més de 130

comensals i que va ser seguit d'una sessió de ball, amenitzada pel jove acordionista Albert Baró.

El Dr. Santi Roura Mas va néixer a Barcelona el 1951 i es va traslladar a la Seu d'Urgell en finalitzar els seus estudis per fer part del servei militar a l'antic regiment Arapiles 62. L'1 de febrer de l'any següent se'l va nomenar metge interí de les Valls d'Aguilar i passà a ser-ne el titular un cop aprovades les oposicions. Des d'aleshores compagina la seva tasca a Noves de Segre, integrat a l'ABS la Seu d'Urgell, amb la de metge consultor a la Clínica Aliança.



### El Dr. Planella, director tècnic de la gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental

El Dr. Ramon Planella Vendrell, fins ara subdirector dels serveis mèdics del Centre Penitenciari Ponent, va ser nomenat el mes d'octubre passat director tècnic de la gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental del Servei Català de la Salut.

El Dr. Planella, fill de Torrelameu, va iniciar l'exercici de la seva professió a l'Hospital de Santa Maria de Lleida. Posteriorment, es va incorporar al Centre Penitenciari Ponent on, l'any 1991, va ser nomenat subdirector dels serveis mèdics.

# Humor i Medicina

Dibuixos dels ninotaires de principis de segle i d'Ermengol

Inauguració: dia 13 de desembre  
Hora: 19.30  
Lloc: Sala Gòtica de l'IEI



ORGANITZACIÓ:



AMB LA COL·LABORACIÓ DE:



MUTUAL MÈDICA de Catalunya i Balears



Professionals assistents a la III Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent.

## Crònica de la III Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent

La III Jornada d'Atenció Primària de Salut a les Terres de Ponent es va celebrar al teatre de l'Escorxador de Lleida el dia 7 d'octubre d'enguany, amb la participació d'un centenar de metges i infermers d'atenció primària. La jornada va ser força interessant, va tenir com temes centrals l'atenció a la dona, posteriorment es va comentar el diagnòstic de salut a Lleida ciutat i, a continuació, es va fer el comentari de diversos temes per mitjà de ponències.

La inauguració va córrer a càrrec del Dr. Xavier Rodamilans, president del Col·legi de Metges de Lleida; de Miquel Padilla, en representació de la Diputació de Lleida; del Dr. Antoni Mateu, delegat

de Sanitat de la Generalitat de Catalunya a Lleida; del Dr. Ramon Morera, president de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; de la Dra. Begoña López, presidenta de la vocalia de Lleida, i de Pilar Nadal, regidora de l'Ajuntament de Lleida, que va presentar els membres de la taula.

En aquesta taula es van fer diferents apunts sobre temes importants actuals, sobre els comentaris de la reforma no acabada en la província de Lleida, sobre la necessitat de potenciar les activitats preventives i la dignificació del professional en la medicina de família.

Atenció de la dona

La jornada matinal va tractar sobre l'atenció integral de la dona. Els avenços i les controvèrsies més candents sobre: càncer, anticoncepció, menopausa, osteoporosi, malalties cardiovasculars, estructura i coordinació. Tots aquests temes es van tractar en una taula rodona presidida pel Dr. Plácido Santafé, coordinador de l'ABS Balàfia-Pardinyes, en la qual va participar entre altres ponents la Dra. Mercè Marzo, metgessa especialista en MfiC, grup de treball de prevenció del càncer del PAPPS, i tècnic de salut de la DAP Sant Martí, ICS.

Els ponents van parlar sobre la magnitud del càncer arreu del món i a Catalunya i sobre les

nombroses intervencions preventives que es poden desenvolupar des de l'atenció primària. També es va posar de manifest la importància de tenir un bon sistema de tractament per reduir la mortalitat en la neoplàsia de mama. A més, es posà lleugerament en dubte la utilitat dels plans de cribratge, no com a eina de detecció, però sí com a element per reduir la mortalitat per aquesta neoplàsia.

Seguidament, el Dr. Ricard Rosell, ginecòleg de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, va analitzar les principals indicacions actuals per a la utilització de la teràpia hormonal substitutiva, tot remarquant la utilitat d'aquests tractaments i el

manej que se n'ha de fer.

En tercer lloc, la Dra. Lafuente, metgessa especialista en MfiC del grup de treball d'osteoporosi de la SEMFYC, va parlar d'osteoporosi a la menopausa. Va posar molt èmfasi en la necessitat d'identificar bé quines dones es poden beneficiar del tractament per tal de no malbaratar els recursos. També va parlar de la necessitat de no iniciar tractament sense una bona diagnosi i la necessitat de controls posteriors per avaluar si els resultats d'aquesta teràpia són eficaços. Va ser una llàstima la manca d'èmfasi sobre la prevenció d'aquesta patologia i el poc desenvolupament dels fenòmens de protecció de caiguda en la gent gran.

La Dra. Carme Oller, metgessa especialista en ginecologia i directora del Centre d'Orientació i Planificació Familiar Erasme Janer, d'IMAS (Barcelona), va explicar amb la seva experiència en l'estructuració i organització del programa d'atenció a la dona en la seva zona.



Imatge d'una de les intervencions a la jornada

El programa a Lleida

Posteriorment, la Dra. Pilar Piqué, metgessa especialista en ginecologia,

coordinadora del Programa d'Atenció a la

**PASSA A LA PÀG. SEGÜENT**



L'atenció integral de la dona va ser el leitmotiv de les ponències de la jornada

## VE DE LA PÀG. ANTERIOR

Dona (ICS, Lleida), va situar el tema a la ciutat de Lleida, on el programa està en fase de preparació. Aquesta doctora va mostrar els organigrames de connexió entre els diferents àmbits, que interaccionen i informen sobre el paper que es reserva per a ginecòlegs, llevadors i metges de família.

La jornada de la tarda es va dividir en dues parts. La primera destinada a la ponència "Medicina comunitària a Lleida", a càrrec del Dr. Jesús Pujol, tècnic de Salut (ICS, Lleida), que va expressar les conclusions principals del recent treball sobre el *Diagnòstic de Salut de la ciutat de Lleida*. D'aquest estudi s'ha editat un llibre, un exemplar del qual es va distribuir a tots els assistents a la jornada. La segona part va estar destinada a l'exposició de comunicacions orals.

◆ **Es van acceptar el 39% dels resums de treballs de recerca presentats**

◆ **El comitè científic va remarcar la necessitat de mantenir un esforç constant**

La secretaria del comitè científic va rebre un total de 64 resums de treballs de recerca. La majoria eren de les comarques de Lleida, però també n'hi havia de Tarragona i Barcelona. Tots els resums es van avaluar segons criteris de presentació, originalitat, interès per a l'atenció primària de salut i metodologia. Se'n van acceptar 25, que suposa un 39% dels rebuts, vint per comunicació en format pòster i cinc

per comunicació oral. Temes tan diversos, però tan propis de l'atenció primària de salut, com ara activitats preventives, atenció a la dona, dietètica i nutrició, atenció al nen i a l'adolescent, atenció a la gent gran i patologia més assídua a l'atenció primària van ser exposats amb destresa i brillantor pels diferents autors.

Per últim, el comitè científic va deliberar sobre els aspectes més rellevants

de les jornades, i va remarcar la necessitat de mantenir un esforç constant per part de tothom. Segons aquest, només així s'aconseguirà incrementar el prestigi d'unes jornades que, a part d'ésser interessants, interess-

El Dr. Sagrera, secretari del Col·legi de Metges de Lleida, va fer públiques les dues comunicacions guanyadores de les terceres jornades: "El son i els infants", del qual són autors: Torres, M.; Macià, D.; Palència, N.; Anguera, R. (EAP Bellpuig i EAP les Borges Blanques), i "Percepció del propi pes: diferències intersexuals i relació amb altres paràmetres ponderals", del qual són autors: Lafarga, M.; Montfort, M.; Giménez, A.; Batlle, F.; Sánchez, R. (EAP Balafra-Pardinyes-Secà). Seguidament, el Dr. Sagrera va dirigir unes emotives paraules de comiat a tots els assis-

## JORNADES I SESSIONS

## XII Jornades sobre la Hipertensió Arterial

Els dies 12 i 13 del mes de desembre vinent se celebraran a Terrassa les XIII Jornades Catalanes sobre la Hipertensió Arterial, que organitzen la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial i la Fundació per l'Estudi de la Hipertensió Arterial de l'Hospital de Catalunya.

La inscripció a aquestes jornades és gratuïta i per obtenir més informació cal adreçar-se a: Reunions i Ciència, SL. Carrer de Calàbria, 273-275, entl. 1a, de Barcelona. Els números de telèfon i fax són, respectivament, el 93 410 86 46 i el 93 430 32 63.

## Conferències dels premis Nobel de l'any 2000

L'Institut d'Estudis Catalans organitza un cicle de conferències per tractar la temàtica dels premis Nobel, que concedeix l'Acadèmia Sueca de Ciències.

El cicle s'inicia el dia 11 de desembre, a les 18.30 hores, amb la conferència sobre el premi Nobel de Medicina, concedit a Arvid Carlsson, Paul Greengard i Eric Kandel, a càrrec de Francesc Artigas, del CSIC, i de Xavier Forn i de Carles Solsona de la Universitat de Barcelona.

La seu de l'Institut està situada al carrer del Carme, 47, de Barcelona.

## VII Cicle de l'Aula de Promoció de la Salut

La propera sessió del VII Cicle de l'Aula de Promoció de la Salut, que organitza l'Institut Medicofarmacèutic de Catalunya, tindrà lloc el dia 11 de desembre i tractarà de "Trastorns de la conducta en les demèn-

cies: Alzheimer".

Aquesta sessió serà a càrrec de la Dra. Mercè Boada, neuròloga de l'Hospital General de la Vall Hebron i directora de Programes de Recerca i Assistencials de la Fundació ACE, i del Dr. Mikel Urretavizcaia, psiquiatre, del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Prínceps d'Espanya.

Per al dia 17 del mes de gener vinent, està prevista una sessió sobre "Prevenició i tractament de l'asma".

Les sessions es desenvolupen a les 20 hores al Casal del Metge, que està situat al número 31 de la Via Laietana de Barcelona.

## MÀSTERS I POSTGRAUS

## Informació Sanitària per Gestionar

L'Institut d'Educació Continua ha obert el termini de matriculació del curs de postgrau Informació Sanitària per Gestionar: Control Clínic de la Gestió, que està previst desenvolupar del 16 de gener al 16 de març de 2001 a la seu del mateix institut a Barcelona.

El professorat del curs està format per la Dra. Carina Abelló, sotsdirectora mèdica de l'Hospital Vall Hebron per al Pla de Qualitat i Direcció per Objectius; el Dr. Xavier Castells, cap dels serveis d'Estudis de l'IMAS; el Dr. Albert Ledesma, director del Centre d'Assistència Primària Vic 2; el Dr. Ricard Meneu, sotspresident de la fundació Instituto de Investigación en Servicios de Salud; Josep M. Coll, informàtic, director dels Sistemes d'Informació de l'Hospital General de Manresa; M. Àngels Gil Estallo, economista, profesora d'organització d'empreses a la Universitat Pompeu Fabra; Màxim López, economista, director economicfinancer de l'Hospital Vall d'Hebron, i Daniel Rodríguez, infermer i fisioterapeuta, màster en

Gestió de Serveis d'Infermeria.

Per a més informació, cal adreçar-se al telèfon 93 542 18 00.

## Medicina i Parasitologia Tropicals

La Universitat de Barcelona organitza la novena edició del curs de postgrau Medicina i Parasitologia Tropicals, que compta amb la col·laboració de Medicus Mundi Catalunya, entre d'altres.

El curs es desenvoluparà a Barcelona del 29 de gener al 9 de març de 2001 i tindrà una durada de 153 hores. Els seus responsables són els Drs. Manuel Corachan, de la secció de Medicina Tropical (HCP), i Jordi Mas Capó, de la secció de Parasitologia (HCP).

El nombre de places d'aquest curs és limitat i el període de preinscripció finalitza el dia 15 de desembre que ve. Els professionals que desitgin més informació han de telefonar, dimarts i divendres al matí, al 93 418 47 62 (Lidia Tello)

## Màster a distància: Internet en Medicina

La Universitat de València presenta la primera edició a distància del màster Internet en Medicina, que poden cursar els professionals des de casa seva sense necessitat de desplaçar-se.

La durada d'aquest màster és de 420 hores (42 crèdits) i està dirigit per Rafael Peris, professor d'història de la ciència i de la documentació, i per José Espi, catedràtic d'enginyeria electrònica.

Informació: als telèfons 96 339 17 80 i 96 339 17 81 (Sònia) i a l'adreça electrònica e-medical@generalas-de.com

## Curs a Lleida de diplomatura en

## sanitat

L'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya posa en marxa l'edició del curs Diplomata en Sanitat que correspon a l'any 2001.

El curs es desenvoluparà a Lleida, concretament a l'aula de la universitat, que s'ubica a l'Hospital Arnau de Vilanova. El nombre de places previstes per a Lleida és de 25 i el seu coordinador és el Dr. Pere Godoy.

Les persones interessades en aquest curs s'han de preinscriure abans del dia 24 de desembre. El telèfon per tenir més informació és 973 70 24 36 (Núria Garcés).

## CASOS CLÍNICS

## Reanimació cardiopulmonar

El pasado 11 de Noviembre del 2000, se realizó en la Unidad Docente del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida el taller Reanimación Cardiopulmonar (RCP), organizado por el Colegio Oficial de Médicos de Lleida, coordinador por el Dr. Miguel León con la colaboración de los Drs. Pascual Laguardia, Mariona Badía y Luis Servia.

El taller tuvo una duración de 5 horas. La primera hora se dedicó a la parte teórica en la cual se expusieron los objetivos de la RCP, las situaciones de riesgo PCR, la iniciación del SVB (Soporte vital Avanzado). Las cuatro horas restantes se dedicaron a la parte práctica, que se estructuró en tres partes bien definidas y los alumnos nos dividimos en tres grupos. En esta parte nos enseñaron las técnicas de RCP, interviniendo uno a uno en su aprendizaje, conocimos el funcionamiento del desfibrilador y sus indicaciones y, finalmente, realizamos simulacros de situaciones reales que nos podemos encontrar en el CAP, en el domicilio del paciente e incluso

**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 PROFESIONAL  
CERTIFICADO Nº: 36.1191

laboratorio de análisis  
**DR. ECHEVARNE**  
LLEGAMOS MÁS LEJOS  
www.echevarne.com

paseando por la calle. Hay que destacar el interés de todos los participantes, el aprendizaje obtenido y la posibilidad de una buena actuación ante una situación de emergencia como puede ser un PCR, así como la gran preparación y la inmejorable exposición del tema por parte de los discentes.

**Dra. M<sup>a</sup> Pilar Herrera Sánchez**

### ¿Eritema nudoso? A propósito de un caso

Paciente de 26 años que consultó por tumoraciones dolorosas en ambas piernas. No había antecedentes de contacto con Tuberculosis, fármacos, ni otra clínica acompañante. En la exploración, nódulos subcutáneos dolorosos, pretibiales bilaterales. Orientado como Eritema nudoso se solicitó analítica

básica, ANA, Anti DNA, serologías, Mantoux, frotis faríngeo y Rx de tórax, todo ello sin hallazgos de interés. Se encontraron niveles de ECA elevados y la biopsia cutánea mostró granulomas no caseificantes lobulillares, propios de la Paniculitis sarcoidea o Sarcoide de Darier-Roussy.

El Eritema nudoso es una reacción cutánea inespecífica de tipo paniculitis septal, más frecuente en mujeres jóvenes. Se manifiesta como nódulos subcutáneos con signos inflamatorios, generalmente localizados en la superficie de extensión de las piernas. Su etiología es diversa, destacando las infecciones por Streptococo (-hemolítico, Tuberculosis, los anticonceptivos y la gestación, las EIIIC y la Sarcoidosis. Entre un 20 y un 50% son idiopáticos. Para el diagnóstico etiológico se requiere una correcta anamnesis, analítica básica, serologías, frotis faríngeo, Mantoux y Rx

pulmonar. La biopsia es útil en el diagnóstico diferencial con otras paniculitis como el Sarcoide de Darier, que se manifiesta clínicamente de manera similar al Eritema nudoso, pero se trata de una paniculitis lobulillar, generalmente de curso más tórpido y asociada con mayor frecuencia a clínica sistémica sarcoidótica, predominantemente ocular. El tratamiento del Eritema nudoso se basa en el reposo, el uso de AINES o Yoduro potásico y, rara vez, Corticoides.

**Dras. Elisa Revuelta y Ana Vázquez.**  
ABS Eixample

### Tratamiento de la otitis media serosa

Entre el 60-80% de los niños, sufrirá algún tipo de otitis media serosa (OMS) durante los primeros años

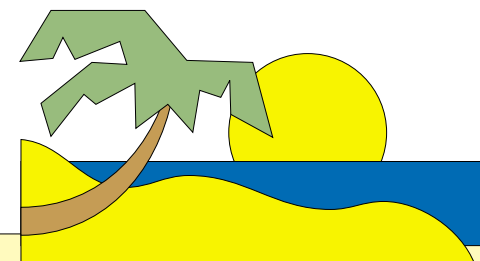
de vida. El 25% cursará de forma asintomática y un alto índice, del total, mejorará a los pocos días sin necesidad de tratamientos específicos.

Planteamos pues, el tipo de tratamiento que creemos más adecuado para el resto de las Oms (subagudas y crónicas), que permanecen y pueden acarrear complicaciones, sobretodo auditivas, a largo plazo.

Se comentan los tipos de tratamiento médico-conservador (sintomático, antibiótico...) y sobretodo quirúrgico en los casos crónicos, ya sea mediante el tratamiento único del oído afecto o bien asociado a otra cirugía.

Comentamos, asimismo, la "carga" de la enfermedad en base a la cantidad de enfermedad, consumo de antibióticos, factores predisponentes etc, con el fin de mejorar el control de la patología.

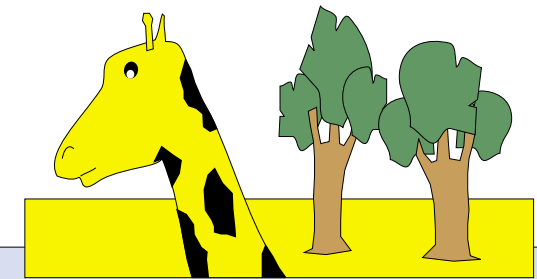
## KUONI el luxe al seu abast



### MALDIVAS el Paradís

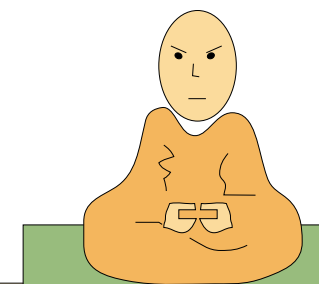
Vol directe  
9 dies en M.P.  
ptes euros  
**149.900 900,94**

16 dies en M.P.  
ptes euros  
**201.400 1.210,48**



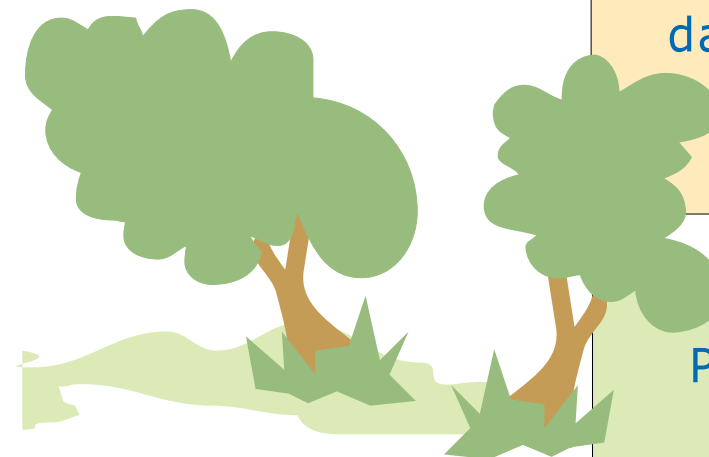
### TANZÀNIA una "reserva" per descobrir 9 dies de safari fotogràfic

ptes euros  
**376.100 2.260,48**



### BIRMÀNIA "Myanmar" terra daurada 11 dies de circuit

ptes euros  
**335.700 2.017,67**



### U.S.A. "Explorant els Parcs Nacionals" 16 dies de circuit

ptes euros  
**244.700 1.470,72**



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

☎ 902 42 41 42

e mail: [iltrida@iltrida.com](mailto:iltrida@iltrida.com)  
<http://www.iltrida.com>

**Pregunti sortides especials "ILTRIDA" pels mesos de Setembre, Octubre i Novembre**

**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 suplementis segons temporades.

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 guiats 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



**WALL STREET INSTITUTE**  
SCHOOL OF ENGLISH  
[www.wsi.es](http://www.wsi.es)


Informa-te'n trucant al

**900 40 40 50**

o visitant el teu Centre més proper

**A Lleida:**  
**Ramón i Cajal, 6**









# 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](http://www.adeslas.es)

#### DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2<sup>a</sup> edif. Trading-Balmes  
Tel.: 973 26 92 11

**adeslas**  
ASSEGUANCES DE SALUT

