

B U T L L E T Í
m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 59 · Juliol de 2006



**L'Hospital Arnau
de Vilanova
compleix 50 anys**



El que vulgui, quan ho vulgui

MED Serveis Financers li ho posa molt fàcil. Li oferim una àmplia gamma de préstecs personals dissenyats a mida, perquè faci realitat els seus projectes i les seves il·lusions. Vostè només ha de triar el que vol comprar i nosaltres estudiarem la millor opció de finançament d'acord amb les seves necessitats. Amb Comissió de Cancel·lació 0%.

PRÉSTEC COTXE	PRÉSTEC DE CONSUM	PRÉSTEC NÒMINA	PRÉSTEC HIPOTECARI
Esportiu, familiar, utilitari, de luxe, clàssic, de disseny innovador... Ha arribat el moment d'escollir el vehicle que desitja comprar.	Per finançar aquelles compres puntuals com ara un televisor, una rentadora, un ordinador, un viatge...	Multipliqui per 3 la seva nòmina i faci realitat els seus projectes.	Per finançar la compra o rehabilitació del seu habitatge o la seva consulta que més s'ajusti a les seves necessitats.

En definitiva, els Préstecs Personals adaptats a les seves necessitats personals, familiars i professionals. Podrà gaudir d'allò que més desitja amb còmodes terminis per poder-ho pagar.

També per a Empreses: Préstecs Hipotecaris per a Locals / Lísing Mobiliari i Immobiliari / Rènting / Préstecs per a ICO i Generalitat



Informe-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon
902 36 10 11
www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 59, juliol de 2006

Edició:
Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida

Telèfon: 973 270 811

Fax: 973 271 141

e-mail: comll@comll.cat

http://www.comll.cat

butlletimedic@comll.cat

Consell de Redacció:

Emiliano Astudillo Domènech

Miquel Buti Solé

Manel Camps Surroca

Ignasi Casado Zuriguel

Joan Clotet Solsona

Josep M. Groles Solé

Albert Lorda Rosinach

Àngel Pedra Camats

Eduard Peñascal Pujol

Josep Pifarré Paradero

Joan Prat Corominas

Jesús Pujol Salut

Carles Roca Burillo

Àngel Rodríguez Pozo

Antonio Rodríguez Rosich

Josep M. Sagrera Mis

Plácido Santafé Soler

Jorge Soler González

Teresa Utgés 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

Impressió: Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

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

TARIFES PUBLICITÀRIES

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

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	2.404,06 €
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

De Residència General Moscardó a Hospital Universitari Arnau de Vilanova

La residència sanitària de Lleida es va inaugurar fa 50 anys i, com era habitual en aquella època, es va dedicar a un egre-gi militar que va participar en el cop d'Estat: el general Moscardó, defensor de l'alcàsser de Toledo, entre altres gestes bèl·liques. Van haver de passar uns quants anys per dedicar l'hospital lleidatà a una figura mèdica de rellevància contrastada: Arnau de Vilanova, metge nascut a València, visionari, reformista i humanista.



Arnau de Vilanova propugnava que la medicina no era una aplicació automàtica de remeis sinó un coneixement exhaustiu tant de la malaltia com de la salut. Per tant, segons ell, la medicina havia d'aconseguir restablir l'equilibri entre aquests elements.

Però, l'hospital no només ha canviat de nom en aquests anys. L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova és un centre modern, que desenvolupa els tres conceptes actuals d'un bon hospital: l'assistencial, el docent i la recerca. Encara estem a anys llum de ser un hospital modèlic i amb una dotació justa i equitativa com la resta d'hospitals de les capitals catalanes, però, en aquest tema, sembla que els gestors actuals fan els esforços necessaris per aconseguir-ho.

sumari

Butlletí de paper i/o butlletí digital

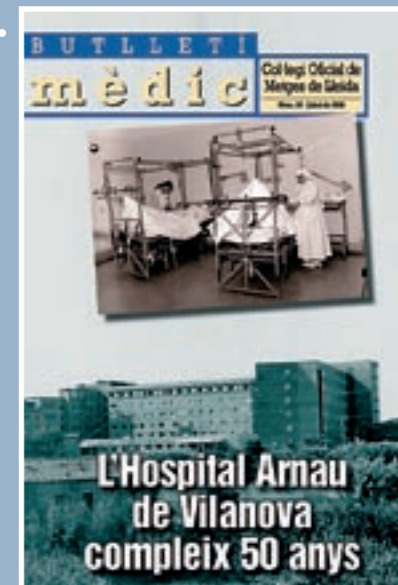
Butlletí Mèdic us ofereix un debat sobre la idoneïtat del seu propi suport: paper o electrònic.

PÀGINA 10

La incontinència urinària

Anàlisi de les causes que originen la incontinència urinària i les possibles solucions.

PÀGINA 20





Publicació de la història del centre

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova celebra enguany el 50 aniversari. L'hospital, inaugurat el 28 de juny de 1956 amb el nom de Residència Sanitaria General Moscardó, ha organitzat diversos actes commemoratius i ha editat, a més, el llibre *Història de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova 1956-2006*. L'hospital i la Universitat de Lleida (UdL) van signar l'any 2005 un conveni de col·laboració per publicar la història del centre. L'hospital ha becat Montse Palau Carrera, una alumna d'Història, que ha recollit informació oral i escrita i ha redactat l'obra sota la tutela d'Antonieta Jarne Mòdol, doctora en Història Contemporània i professora de la UdL.

L'autora, a banda d'acudir a fonts documentals, revistes i diaris, s'ha entrevistat amb testimonis de la cons-

trucció de l'hospital per conèixer de primera mà el trasllat dels equips i del personal de La Provisional (la clínica del Dr. Vázquez de Parga) a la residència, la seva posada en funcionament i els canvis i les transformacions viscuts en cinc dècades. Entre aquests testimonis n'hi ha de molt veterans com la infermera Pura Sisteré, Lluís Gázquez, la cosidora Marja Cuspiner i els zeladors Alberto Álvarez, Pepe Castarlenas, Tonet Renau i Eduard Orpella.

Contingut del llibre

El llibre s'estructura en una introducció i els següents cinc capítols: "La construcció de l'hospital (1956)", "Els anys de la Residència General Moscardó (1956-1975)", "L'arribada de la



democràcia: una nova vida per a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Arnau de Vilanova, qui era?", "Els nostres dies: la transformació de l'hospital" i "Les tradicions de l'hospital: una visió més quotidiana i més humana". L'obra reproduïx també fotografies antigues com el procés de

L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova es va inaugurar el 28 de juny de 1956 amb el nom de Residència Sanitaria General Moscardó. Les fotografies mostren les instal·lacions de l'època

construcció, imatges de la inauguració amb la presència de l'aleshores bisbe de Lleida, Aurelio del Pino, una bessonada de tres nascuda a l'hospital els anys setanta i la manifestació celebrada el 8 de maig de 1978 per exigir millores en la sanitat pública de Lleida, entre d'altres. Les fotografies procedeixen de l'arxiu de l'hospital i de col·leccions particulars cedides per editar el llibre.

La història de l'hospital conté fets que actualment criden força l'atenció. Per exemple, els pacients ingressats a La Provisional van ser traslladats a la residència "mitjantçant l'única ambulància disponible en aquells anys" i "tot i que l'hospital tenia capacitat per a 275 llits, només se n'utilitzaven 102 en dues de les set plantes". El llibre recorda també que la plantilla inicial del centre comptava amb dos metges residents, set infermeres internes i un capellà de 1ª, entre altre personal.

Logo de Miquel Flores

Amb motiu del 50 aniversari, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova s'ha dotat d'un logotip commemoratiu.

L'autor, l'infermer Miquel Flores, ha cedit gratuïtament el disseny i els drets de reproducció a l'hospital. El logo del 50 aniversari acompanya enguany totes les activitats que es desenvolupen a l'hospital, a més d'estar present en unes banderoles col·locades als accessos al recinte.



Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML), en les sessions ordinàries del 31 de maig i 5 de juliol de 2006, ha acordat i tractat, entre altres, els següents temes:

- El 15 de juny, entrada en funcionament de la nova pàgina web i del nou correu electrònic (domini '.cat').
- Aprovació de l'adquisició d'un nou canó informàtic i un ordinador portàtil per a l'aula de formació.
- Celebració del procés electoral de la secció col·legial de metges acupuntors, homeòpates i medicina naturista. En el procés electoral celebrat han resultat elegides la Dra. Maria Dolors Monturiol Moreno com a secretària (reelecció) i la Dra. Pepita Macià Fornós com a vocal.
- Presentació d'un recurs contra expedient d'amortització d'una metgessa d'APD.

Moviment de col·legiats

ALTES

Verònica Sanmartín Novell, Irene Forcada Pach, Jordi Cordobés Gual, Carmen Català Masó, Fernando Herrerías González, José Luis Soares, Maria Pilar Escuer Martín, Silvia García Sánchez, Soraya Puente Rodríguez, Inmaculada Morales Bara, María Elena Fernández Echevarría, Sandra Bartolomé Mateu, Olga del Olmo de la Iglesia, Eduardo Agustí Cobos, Juan Boluda Mengod, Karina Mabel Luján Mavila, Isabel Pérez Hernández, Ana María López Masip, Juan Miguel Bestart Solivella, Antonio López Rueda, Álvaro Isava Tirado, María de los Ángeles Picot Coca, María de les Neus Pociello Almiñana, Jorge Arboix Ruiz, Cleyda Zoraya Ferrand, Miquel Àngel Arroyo Vivar, Rafael Ruiz Montes, Alexandra Reguart Aransay, Lilianna Alicia Tilke, María Consuelo Artigas Marco, María Paola Bauza, Núria Vila Jové, Erwin Martín Hernández Ocampo, Martín Muñoz, Irene Muñoz del Campo, Yolanda Pascual Arrazola, Mireia Abellana Sangrà, Gemma Terrer Manrique, Antonio García Guiñón, Marta Nieves Llobet Burgués, Mireia Ortiz Morell i Maria Eugènia Ortega Izquierdo.

BAIXES

Mes de maig: 13. Mes de juny: 7
Entre les baixes del mes de juny figura la defunció del Dr. Lorenzo Díaz-Prieto Cassola.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic Manuel Muñoz Puigdemasa.

Celebració del XX Congrés de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Amb el lema *Els temps canvien: noves respostes*, els passats dies 29 i 30 de juny i 1 de juliol es va celebrar el XX Congrés de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) a Granollers. El congrés, dirigit a tots els professionals de la medicina familiar, tenia com a objectiu principal donar eines per fer front als nous canvis socials, de manera que els professionals adquireixin habilitats, seguretat i confiança per resoldre els problemes i les noves demandes sanitàries.

Els 400 inscrits en el congrés van arribar a una sèrie de reflexions per a nous camps d'actuació, com a professionals i com a col·lectiu:

- Mantenir una ètica professional en la consulta del dia a dia, la competitivitat i la igualtat.
- Afavorir una bona relació assistencial i de col·laboració entre professionals.
- Orientar la feina del professional a curar, cuidar i acompanyar.
- Informar la societat dels límits de la medicina.
- No medicalitzar quan no toca.
- Fomentar els recursos personals i les xarxes de suport social.
- Involucrar els altres sectors socials en les noves demandes.
- Ser una societat mèdica i professional de referència en el coneixement de la salut.
- Reclamar el paper d'experts en salut davant l'Administració.
- Demanar que s'incorpori la disciplina

Nova web i nou domini '.CAT'

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida estrena nova web i nou domini. Així, a partir d'ara, tots els interessats i interessades a consultar-la s'han d'adreçar a www.comll.cat, on trobaran informació sobre les darreres novetats, l'agenda col·legial, així com una enquesta sobre la nova pàgina web del col·legi.

A més, dins les accions de millora de la comunicació entre el Col·legi i els



El congrés es va celebrar els dies 29 i 30 de juny i 1 de juliol a Granollers

na de l'atenció primària a la formació de pregrau.

Contingut científic

Les quatre taules de debat es van orientar a afavorir el debat entre ponents i assistents. Tant els participants com els temes tenien un enfocament multidisciplinari i estaven relacionats amb la societat en general. El qüestionari, les activitats i el tracte amb els pacients d'alguns ponents que no formaven part del sistema sanitari van enriquir les discussions. El debat sobre la participació dels pacients i la comunitat fa pensar que aquest és el camí que s'haurà de seguir.

Les actualitzacions i tallers van tenir com a ponents i docents persones que formen part dels grups de treball de la CAMFiC. Les actualitzacions van presentar un alt grau de qualitat i assistència. També els tallers van registrar una alta participació (d'un mínim de 20 assistents per aula a un màxim de 61) i van ser molt ben valorats pels participants.

La novetat d'enguany va ser l'*Speaker's Corner*, que va permetre la participació espontània dels assistents i que va tocar temes de tota mena, des

dels més reivindicatius fins a altres més ètics. Aquest fet va animar els organitzadors a incorporar altres esdeveniments en futurs congressos, per exemple, la trobada del 2007 a Salou.

Pel que fa als treballs, es van acceptar 106 comunicacions en forma de pòster i 21 d'orals. El premi a la millor comunicació pòster va recaure en el treball *On acaben els medicaments?* i el premi a la millor comunicació oral, en *Efectivitat de la vacunació antipneumocòccica en la població general major de 65 anys*.

El vessant lúdic

El programa lúdic va consistir, el primer dia, en un recital per a dues flautes i un piano a càrrec de Claudi Arimany (fill de Granollers i solista de gran prestigi arreu), Alan Branch i Francesca Salvemini. El segon dia, en un sopar de congressistes amb màgia d'Àngel Merino (que és metge de família). El tercer dia es va fer una caminada popular, en què ens vam reunir més de 130 persones —estaven convidades les associacions i entitats—, que vam recórrer des de la pedra de l'Encant fins a l'església de Sant Julià de Palou.



metges col·legiats, el *Butlletí Mèdic* us informa que a la nova pàgina web s'organitzarà una plataforma (intranet) que possibilitarà una interacció directa i en temps real entre el Col·legi i els col·legiats.

També es comunica als col·legiats que ja utilitzaven el correu col·legial que hauran de canviar de domini, del '.es' al '.cat'. Per aquest motiu, es recomana descarregar-se tot el correu existent a la bústia amb domini '.es'. No obstant això, fins al setembre funcionarà indistintament el domini '.es' i el '.cat'.



Imatge dels membres de la vocalia territorial de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària de Lleida

Canvis en la vocalia de la CAMFiC de Lleida

La Vocalia Territorial de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) de Lleida va renovar els seus membres el passat 4 de juliol. Gisela Galindo, després d'haver estat la vocal de la CAMFiC a Lleida durant quatre anys, va demanar poder ser rellevada del seu càrrec. Durant aquest període d'intenses jornades de treball, Gisela Galindo, entre altres coses, ha coordinat el Congrés de la Seu d'Urgell, diversos tallers, comunicacions... Núria Nadal, metgessa de família de l'ABS Eixample, va agafar el càrrec amb l'aprovació unànime de tots els assistents.

Així doncs, la composició de la vocalia de Lleida queda de la següent forma:

- Vocal: Núria Nadal Braqué
- Tresorer: Alejandro Andreu Lope
- Docència: Eugeni Paredes Costa
- Secretari: Jesús Pujol Salud
- Jornades i congressos: Pilar Vaqué Castilla
- Comunicació: M^a Cristina Ruiz Magaz i Jorge Soler González

Una gran tasca

Les vocalies territorials tenen la missió fonamental de representar la CAMFiC allà on estan establertes. És a



Núria Nadal —a la dreta— agafa el relleu a la vocalia de la CAMFiC de Gisela Galindo

dir, apropen la feina i la filosofia de la CAMFiC als socis i, per extensió, als ciutadans de tot Catalunya. Esdevenen, en definitiva, les comes i els braços de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

A més d'importar diverses activitats generals de la CAMFiC, el fet d'estar inserits en una realitat territorial concreta permet organitzar-ne altres adaptades al seu entorn. Les vocali-

es territorials compleixen així amb la voluntat de la societat de treballar a prop del ciutadà i d'una forma descentralitzada.

Agraïm, doncs, a Gisela Galindo i el seu equip tota la feina feta durant aquests anys i felicitem Núria Nadal com a nova responsable de la CAMFiC a Lleida. Li desitgem tants èxits com els que va tenir la seva antecessora.



La consellera d'Interior, Montserrat Tura, va apadrinar la 24 promoció de metges i metgesses de la Universitat de Lleida

Lliurament d'orles de la 24 promoció de la Facultat de Medicina de la UdL

La vint-i-quatre promoció de llicenciats de la Facultat de Medicina de Lleida va rebre el dia 26 de maig de 2006 el lliurament d'orles acadèmi-

ques. El rector de la Universitat de Lleida, Joan Viñas, va presidir l'acte, que es va celebrar al recinte de la Seu Vella, i la consellera d'Interior de la

Generalitat de Catalunya, Montserrat Tura i Camafreita, va apadrinar la promoció.

Després de l'acte de lliurament de les orles, es van convidar els alumnes i els familiars a un petit refrigeri al Baluard de la Reina de la Seu Vella, on també va assistir la consellera.

Activitats del segon trimestre del 2006 dels sèniors

La junta dels sèniors s'ha reunit diferents dies —el 6 d'abril, el 4 de maig i el 29 de juny— per parlar, entre d'altres, de la reunió de la junta central del 10 de març i dels temes de l'assemblea del Col·legi de Lleida del 29 de març: aprovació del pressupost 2006 de la secció; intervenció en el tema dels talonaris de receptes dels metges jubilats; imposició d'insígnies a nous jubilats; convocatòria d'eleccions per elegir el responsable nacional de la secció; modificació de la web del Col·legi; informació sobre la jubilació de la Fundació Galatea, i anàlisi de la possibilitat de crear una residència per a metges jubilats.

Per una altra part, la secció dels sèniors es va reunir el 7 d'abril amb el president i membres de la junta de la secció de metges jubilats del Col·legi de Barcelona. En el transcurs de la reunió, els assistents van comentar quina és la situació actual de les reclamacions a PSN i van demanar informació a l'advocat que porta el tema des de Barcelona per

a tot Catalunya. També es va parlar de la convocatòria d'eleccions a nous responsables nacionals i de la situació de la secció en l'àmbit estatal. Un altre punt de la reunió va ser l'acord perquè els metges jubilats de Barcelona visitin Lleida el proper 9 de novembre.

La junta dels sèniors també ha assistit a les reunions del consell de redacció del *Butlletí Mèdic*: el 10 d'abril (trobada en què es va crear malestar per la notícia de la possible eliminació del *Butlletí* en paper per fer-lo exclusivament *on-line*), el 3 de maig, el 18 de maig i el 7 de juny. A més, els sèniors van viatjar a terres gironines del 15 al 17 de maig (vegeu el *Butlletí Mèdic* del mes de maig).

El passat 25 de maig va tenir lloc l'assemblea de la secció, que va comptar amb l'assistència de quinze membres (dos membres de la secció van excusar la seva absència). L'assemblea va aprovar l'acta de l'assemblea anterior, del 21 de

desembre de 2005; va manifestar el seu interès per mantenir el suport paper del *Butlletí Mèdic*; va fer constar l'aprovació per l'assemblea del Col·legi del pressupost 2006, i va demanar a les autoritats pertinents retirar a perpetuïtat les receptes al col·legiat jubilat que en faci mal ús. Així mateix, va acordar enviar un escrit al president del Col·legi i al director territorial per fer constar l'acord anterior. Les activitats dels sèniors van seguir, el 30 de maig, amb l'assistència, per delegació del president del Col·legi, a la presentació de les fundacions La Tutela i La Vellesa, a la sala d'actes de la Diputació, i a la posterior visita a la seva seu a Lleida.

Finalment, els sèniors de Lleida van assistir, el 6 de juny, a l'assemblea de metges jubilats de Barcelona i a la posterior reunió dels representants de l'Agrupació de Metges Jubilats de Catalunya. Un dels temes més importants que es van tractar en la reunió va ser el PSN. En aquest sentit, el 8 de juny va tenir lloc una reunió informativa per constituir una agrupació a fi de presentar les oportunes demandes. La junta dels sèniors va enviar comunicats per convidar els metges afectats.

El gran cambio: la vía sindical

A nadie se le escapa que vienen tiempos difíciles para los médicos de familia. Lo cierto es que hay muchos motivos de preocupación que ensombrecen enormemente el futuro del modelo de asistencia médica universal. La mayoría de los médicos que secundaron la huelga de hace unos meses no lo hicieron por un aumento de salario, ni por una mejora de su estatus. Los motivos se centran, básicamente, en reclamar unas condiciones de trabajo mínimas que permitan atender con tiempo suficiente y un mínimo de dignidad a todas las personas que lo necesiten. La mayoría de los profesionales de atención primaria no llegan ni de cerca al tiempo mínimo exigible que se da en el resto de países de nuestro entorno para atender a los pacientes con tranquilidad y concentración.

Hemos asistido de manera impotente durante muchos años a un proceso de degradación progresiva de todo el sistema sanitario, fruto de una desinversión progresiva y vergonzante llevada a cabo por el anterior Gobierno de Convergència i Unió durante más de dos décadas. Las consecuencias han sido lamentables. Hemos pasado de tener una sanidad que era el orgullo, la vanguardia y el punto de referencia asistencial, investigador y docente del resto del Estado hace unos años a ser prácticamente el furgón de cola tanto en medios como en prestaciones.

Más motivos de agravio: a pesar del coste de la vida, los médicos catalanes son los peor pagados con diferencia de todo el Estado, y probablemente de toda la Europa de nuestro nivel, y son los que soportan unas cargas de trabajo mayores, claramente excesivas, bloqueados por una fuerte burocracia y ejerciendo su labor en unas condiciones enormemente inhóspitas que han llevado a un desgaste emocional y físico de una buena parte del colectivo. La repercusión que todo esto tiene en la población es notable:

masificación increíble, listas de espera exasperantes y percepción general de pérdida de calidad en uno de los servicios básicos del Estado de bienestar.

Sólo un ejemplo muy gráfico: en los últimos ocho años, la población de Catalunya ha aumentado en casi un millón y medio de personas, muchas de ellas con necesidades sanitarias de primera magnitud. Pues bien, en este tiempo el crecimiento de la plantilla de médicos ha sido cero, exceptuando el llamado plan de choque, que, a decir verdad, ha sido como una gota de agua en el mar, descompensado y superado, probablemente, por las jubilaciones de estos últimos meses... Lo más amargo y paradójico es que la falta de oferta de trabajo y las pésimas condiciones laborales han hecho emigrar a más de 7.000 médicos de familia a otros países.

Profesionales especialistas excelentemente formados y que han costado mucho dinero público son aprovechados en otros lugares. Mientras tanto, aquí se ha optado por buscar a la desesperada médicos de otros lugares, de formación menos garantizada, olvidando el viejo dicho que lo

- **Los médicos**
- **que secundaron**
- **la huelga**
- **reclaman unas**
- **condiciones de**
- **trabajo mínimas**
- **que permitan**
- **atender mejor a**
- **los pacientes**

barato al final siempre es lo más caro. Son muchos los médicos que esperan con ilusión que se ponga remedio a tantos dislates acumulados. Sin embargo, han pasado dos años y, salvo algunos gestos efectivos, por ahora se han recibido básicamente sólo buenas intenciones.

Por consiguiente, parece saludable y deseable que se ponga en la agenda de los políticos un tema tan delicado como es el modelo asistencial que tenemos y el que deseamos. Sabemos que disponer de una atención sanitaria pública de calidad es inteligente y contribuye al bienestar de todos, no sólo de los más desfavorecidos. Y sabemos que un trabajo digno y éticamente defendible realizado por médicos satisfechos e ilusionados repercute en la mejora de la salud, la satisfacción y la confianza de las personas. En este punto de confluencia de los intereses entre la sociedad y los profesionales asistenciales es donde se debe ser inflexible. Hay que devolver a la sanidad catalana la calidad y el liderazgo que nunca debió perder, y lo que es más importante, iniciar un debate sin tapujos ni falsedades sobre qué tipo de sistema de salud queremos y cuánto estamos dispuestos a pagar por él.

Para que no pase como hasta ahora, en que la calidad se ha logrado mantener en un grado aceptable sólo por el coraje de los trabajadores (no sólo médicos), que generosamente regalan un esfuerzo hasta la extenuación y luego asisten con estupor a declaraciones mentirosas, falaces y autocomplacientes del politicastro de turno. No, nuestro sistema nacional de salud es un bien demasiado precioso como para que sea tan injustamente tratado. No nos lo merecemos. Ni los ciudadanos ni los profesionales.

Necesitamos un cambio en profundidad que consiga que, por fin, la atención primaria sea el eje del sistema sanitario. Para conseguirlo hay un remedio tremendamente eficaz, y más en los tiempos actuales: la vía sindical. Es cierto que da pereza y una cierta ambivalencia, pero si nos sindicamos, si participamos mínimamente, los frutos serán dulces.

Dr. Jordi Cebrià Andreu
Médico de familia

Miembro del Grup Comunicació i Salut Catalunya de la CAMFIC

Butlletí de paper o butlletí digital?

'Butlletí Mèdic' us ofereix un debat sobre la idoneïtat del seu suport: butlletí de paper versus butlletí digital. Per aquest motiu, la revista publica diverses i diferents respostes de col·legiats i col·legiades a una breu enquesta que els va fer arribar el consell de redacció. La qüestió, però, segueix oberta.

La funció del 'Butlletí Mèdic' per als col·legiats i la societat

El *Butlletí Mèdic* editat pel nostre Col·legi de Metges de Lleida ha complert una tasca molt important per a tots els col·legiats de la nostra província, ja que ha estat un vehicle inigualable i fonamental per als professionals de la medicina que ha permès la possibilitat d'interaccionar entre si i també amb la societat en general. Aquesta funció d'interacció entre els professionals mèdics mateixos i del món de la medicina amb la societat no hi ha hagut i no hi ha cap altre mitjà que l'hagi fet ni que la pugui fer. De manera molt esquemàtica, voldria recollir els seus principals trets:

- El *Butlletí Mèdic* ha estat en els últims anys un *nexe cultural* de gran transcendència a les nostres comarques, ja que no només ha estat portador de material mèdic estrictament dit, sinó que també ha aportat materials com treballs, notícies, opinions i reflexions

de caràcter marcadament cultural, alguns de valor incalculable i absolutament originals, com per exemple l'aportació històrica referida a la medicina de l'edat mitjana.

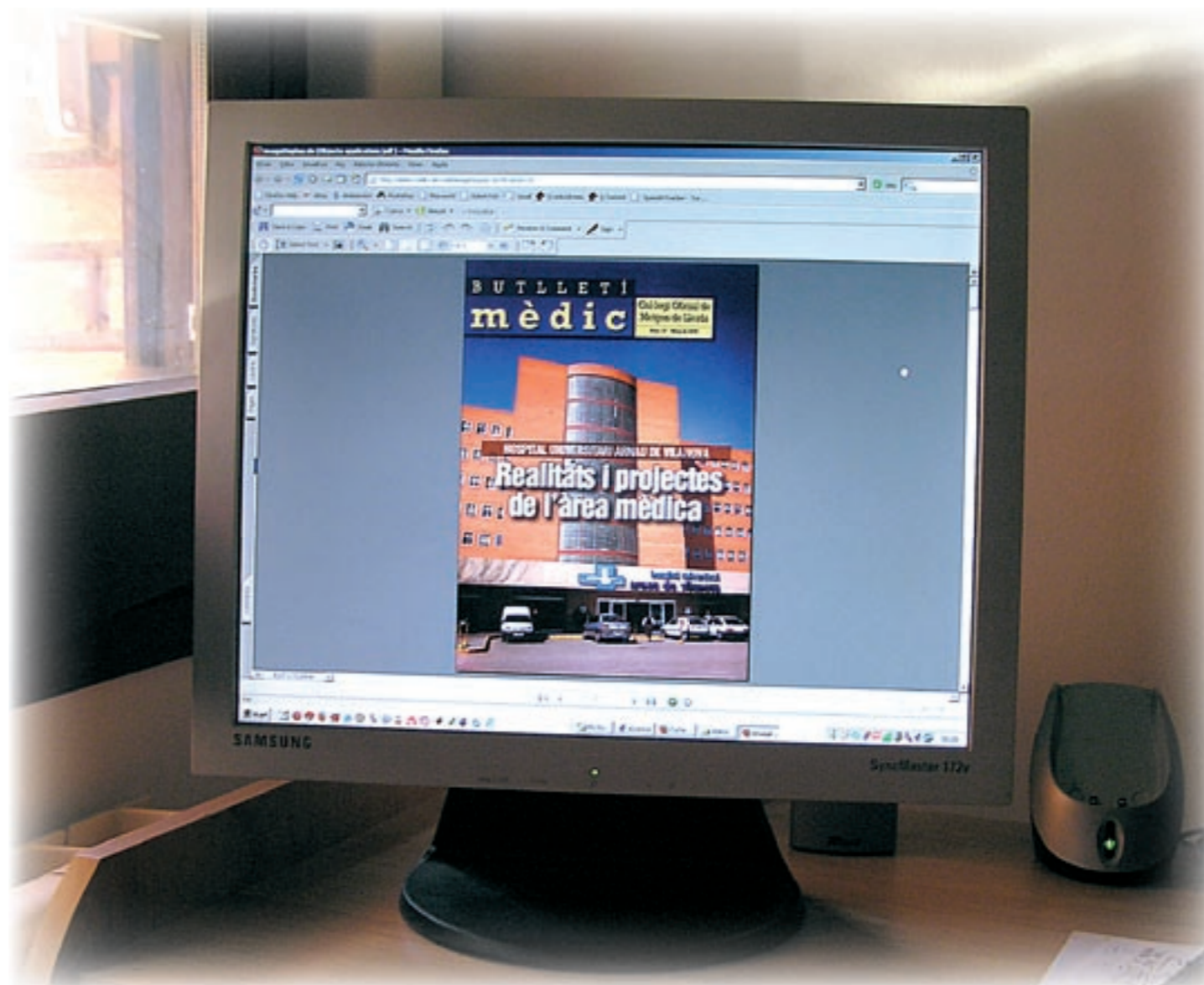
- De la mateixa manera, el *Butlletí Mèdic* ha estat un inestimable *nexe professional* que ha arribat a tots els col·legiats de la nostra província, tan ampla i dispersa, i els ha aportat continguts de caire informatiu i formatiu no menyspreables. Alguns altres col·legis professionals de la nostra província també editen publicacions d'aquest tipus, agafant com a referència el nostre butlletí.
- Ha estat, així mateix, una *eina científica i creativa* que ha permès recollir una part de l'activitat científica i de recerca dels professionals mèdics i d'altres titulats relacionats amb les ciències biomèdiques: s'han publicat revisions, ressenyes de treballs de recerca bàsica i clínica, treballs d'investigació històrica, articles sobre bioètica i temes d'actualitat, resums de tesis doctorals, etc. Sens dubte, tot això ha contribuït positivament a la formació mèdica continuada i ha permès a tota la comunitat mèdica conèixer el que s'està fent a les nostres comarques.
- Un altre tret de gran

importància és la creixent implicació d'un gran nombre de *professionals joves* al consell de redacció del *Butlletí*. En els últims anys, s'han anat incorporant joves metges a l'equip de redacció, molts relacionats amb la medicina primària, cosa que repercuteix en una millor relació entre el món hospitalari i el de la medicina primària.

- **El Butlletí ha possibilitat la interacció entre els professionals mèdics i la societat en general**

	AVANTATGES	INCONVENIENTS
PUBLICACIÓ EN SUPORT PAPER	<ul style="list-style-type: none"> • La pot utilitzar tothom • Es pot guardar llarg temps • Es pot recuperar al cap dels anys • Es pot llegir a qualsevol indret • Es pot llegir en qualsevol moment • Lectura relaxada • Visió més espacial • No dependència de mitjans electrònics 	<ul style="list-style-type: none"> • Més lenta disponibilitat • No permet la utilització electrònica (o és necessari disposar d'un escàner)
PUBLICACIÓ EN SUPORT ELECTRÒNIC	<ul style="list-style-type: none"> • Immediatesa • Permet disposar del material per al seu ús electrònic 	<ul style="list-style-type: none"> • Es necessita un ordinador i connexió a la xarxa • Només es pot utilitzar al lloc on hi ha l'ordinador i en temps de funcionament d'aquest • No el sap utilitzar, o no en pot disposar, tothom • Per a algunes persones, la visualització a partir de la pantalla no és còmoda i els costa acostumar-s'hi. • Temporalitat

Figura 1. Avantatges i inconvenients dels dos formats



La importància i utilitat del *Butlletí Mèdic* per als col·legiats, per al món de les ciències biomèdiques i per a la societat de les nostres comarques està fora de tot dubte i, probablement, aquesta és una opinió majoritària. És, doncs, una autèntica necessitat el seu manteniment.

Format electrònic o format paper?

La incorporació de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC) ha suposat un formidable avenç per a la difusió del coneixement i la cultura. Avui en dia resultaria del tot incomprensible mantenir el ritme de l'enorme volum de creació i difusió de coneixement i cultura sense aquest tipus de tecnologies.

Negar el seu valor i la seva importància seria del tot absurd. Però, tot i la importància d'aquest fenomen que acabem de reconèixer, contràriament al que es podria pensar, la utilització massiva de les TIC no ha suposat ni la substitució ni l'eliminació d'altres mètodes tradicionals de creació i difusió del coneixement.

Es pot posar com a exemple la presumible disminució de l'ús del paper —alguns van vaticinar la seva quasi total eliminació— amb la introducció dels ordinadors. Res més llum de la realitat: la introducció dels ordinadors ha suposat l'eliminació de la clàssica màquina d'escriure, però no del paper d'escriure, sinó que n'ha disparat de manera important el consum en tots els àmbits.

Per tant, és clar que hem d'incorporar i potenciar la utilització de les TIC, però no per això hem d'abolir altres mètodes. En el tema del *Butlletí Mèdic* es pot crear una versió en suport electrònic utilitzant el portal del mateix Col·legi de Metges de Lleida, però això no implica necessàriament la substitució i eliminació de la versió en suport paper.

La raó és que són mètodes no del tot equiparables i, per tant, no excloents sinó complementaris. Efectivament, una publicació en format electrònic té avantatges sobre una altra en format paper, però té també inconvenients. I també

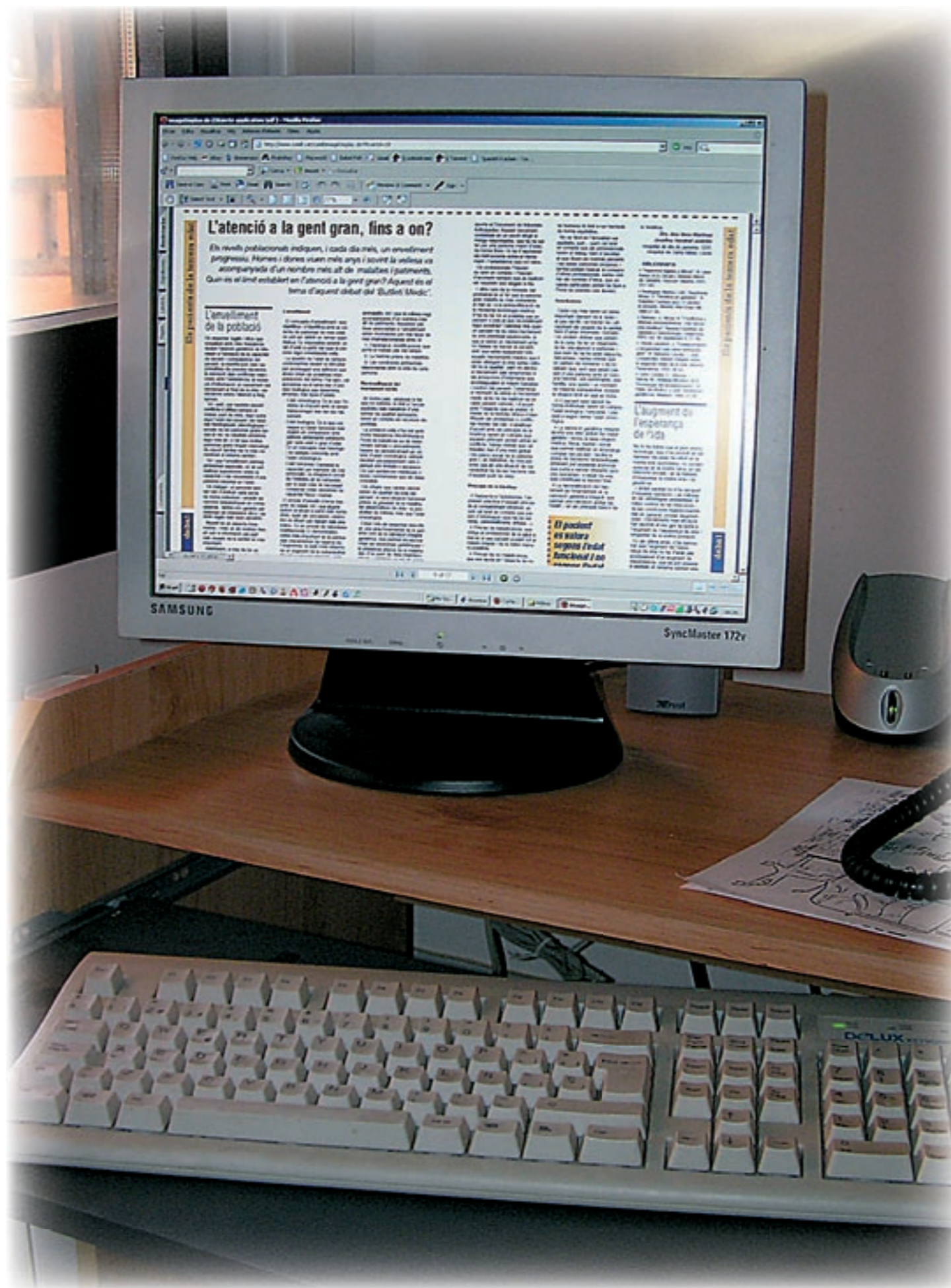
a l'inrevés. A manera de resum i de forma molt esquemàtica, a la taula (figura 1) es recullen alguns dels avantatges i inconvenients de cadascun dels dos tipus de publicacions.

Una publicació electrònica té l'avantatge de la rapidesa i immediatesa i permet disposar del material per a la seva utilització i manipulació informàtica (còpies d'articles, d'imatges, etc.), però té l'inconvenient que necessita un ordinador, en depèn absolutament, la qual cosa no és sempre factible per a tothom ni en tot moment ni a tot arreu. A més, per a algunes persones (metges jubilats, persones no coneixedores ni acostumades a la informàtica, etc.) no és gens fàcil el maneig d'aquest tipus de publicacions (dificultats per navegar, les pantalles no sempre donen una perspectiva completa de les pàgines, s'ha d'estar absolutament pendent i concentrat en tot moment, s'ha d'estar sempre assegut en la mateixa postura, amb problemes ergonòmics secundaris, difícil tolerància a la radiació i la llum de les pantalles, etc.).

Les publicacions en suport paper tenen alguns inconvenients, però també molts avantatges. Els inconvenients és que són lentes (s'han de confeccionar, imprimir i distribuir) i no permeten disposar del material per a la seva utilització i manipulació informàtica.

Els avantatges són molt nombrosos i de gran importància: una publicació impresa en paper pot ser utilitzada per tothom, quan es vulgui i on es vulgui; la lectura i la consulta poden ser relaxades (es pot consultar assegut, dempeus i acotxat); es pot llegir en qualsevol moment, interrompre i retornar; no es necessita cap mitjà electrònic, ni tan sols la llum artificial; no es necessita cap tipus de formació ni coneixement de cap tècnica, es té una visió directa i completa de les pàgines (millor distribució espacial) i no hi cap tipus de radiació ni molèstia per a la visió.

Per tant, i atenent totes aquestes raons, resulta evident que hem de mantenir el nostre *Butlletí Mèdic*, ja que compleix una funció molt important per a tots els nostres col·legiats i per a la societat de les nostres comarques.



Substituir totalment la publicació en suport paper actual per una en versió electrònica no aportarà avantatges considerables i sí molts inconvenients. Amb tot això, un gran nombre de col·legiats en resultaríem perjudicats (no arribaria a tothom, molts altres tindrien dificultats per accedir-hi, etc.), amb la qual cosa es minimitzaria l'impacte de la publicació dins dels mateixos col·legiats, dins del món sanitari i de la societat lleidatana.

És clara, doncs, la necessitat de seguir amb el format actual del *Butlletí Mèdic* i, en tot cas, a més, disposar d'una versió electrònica, cosa fàcil d'aconseguir aprofitant el portal del mateix Col·legi de Metges de Lleida.

Dr. Àngel Rodríguez Pozo
Degà de la Facultat de
Medicina. Universitat de Lleida

Els sèniors, en contra del format digital

Els metges jubilats Dr. José García Rivas, Dr. José Sierra de Benito, Dr. Serafín Camats Vila, Dr. Antonio Menen Navarro, Dr. Vicente Armengol González i Dr. Fernando Barallat Barés van manifestar el seu rebuig a l'edició digital del *Butlletí Mèdic*.

Els sèniors van expressar que la major part dels metges jubilats no tenen Internet, però, a més, és que no saben utilitzar-lo i, com a colofó, no tenen cap intenció d'aprendre'n. Tots ells consideren que el butlletí de paper no ha de desaparèixer, ja que és l'únic mitjà de relació que els queda amb el Col·legi de Metges.

Així mateix opina el Dr. Buenaventura Lladonosa Guallar, però ha volgut afegir que està molest perquè es va oferir a col·laborar-hi amb articles

d'opinió i el que va aportar va ser publicat com a carta al director i, a més, sense consultar-lo, va ser retallat i en algun apartat es va canviar el sentit. Obviament, jo segueixo en l'opinió que vaig manifestar en la reunió amb el president del Col·legi: les notícies *on-line* són imprescindibles i és bo que el nou portal pugui recollir les opinions que es puguin donar, però hi ha articles de fons, que no són d'urgències, que sempre es poden guardar i llegir sobre paper. Em sumo a l'expressat pels metges jubilats a qui s'ha demanat opinió, que el butlletí és útil i no hauria de desaparèixer.

Dr. Emiliano Astudillo Domènech

Per a què volem un mitjà de comunicació?

Vivim en una societat en constant i accelerat canvi, especialment en alguns camps, com és tot el món de les noves tecnologies. En aquest àmbit, allò que en el seu moment semblava més que suficient, en pocs anys, o fins i tot mesos, queda obsolet. Pensem en els Mb de les memòries RAM dels ordinadors, o en els megapíxels de les màquines de retratar, per exemple.

Per altra banda, les nostres necessitats de béns i de tecnologia s'amplien i considerem imprescindibles coses que fa ben poc ni existien: telèfons mòbils, correu electrònic, Internet, televisió a la carta. I qui no *puja al carro* es queda fora d'ona. En aquesta revolució, probablement de característiques a llarg termini similars a la revolució agrària o a la revolució industrial, és ben cert que ningú pot perdre el carro i que s'ha de mantenir dins la *zeitgeist* del moment (paraula

**: Els sèniors diuen que el butlletí
: de paper és l'únic mitjà de
: relació que tenen amb el Col·legi**

Abans d'establir canvis, caldria definir i avaluar per a què volem un nou mitjà de comunicació

alemanya que es podria traduir com *l'esperit dels temps*). Però d'aquí a pensar que tot el nou és millor que l'antic, o que tot el nou pot desbancar allò que ha servit durant segles, hi ha un pas massa agosarat.

Pensem en altres exemples similars d'èpoques no gaire llunyanes, dins el camp de la medicina.

- Quan varen començar a sorgir les primeres llets artificials per als nadons, moltes persones (inclosos alguns pediatres) varen considerar que l'avenç en aquest camp desbancaria completament l'alletament matern, ja que aquest últim no tindria cap avantatge. Avui en dia sabem que això no és així ni molt menys, malgrat que cal reconèixer el progrés que ha suposat poder tenir fórmules molt bones de llet artificial.
- Els antibiòtics poden ser un altre exemple. Malgrat el gran avenç que varen suposar, les malalties infeccions bacterianes no estan ni molt menys eradicades.
- Els psicofàrmacs, un altre. Els nous antidepressius i antipsicòtics de síntesi, molt més segurs i ben tolerats (i més cars), no han, ni molt menys, suplantat al 100% els tricíclics o l'haloperidol, molt útils encara i amb molt bons resultats en bastants casos.

És a dir, cal reconèixer l'avenç revolucionari d'alguns camps dins la medicina (alletament, antibiòtics, psicofàrmacs), però tampoc cal pecar d'optimista (o d'ingenu, segons es miri) i concloure que el nou arribarà a solucionar completament el problema.

Potser en el camp de les noves tecnologies passarà el mateix. Les videoconferències, anul·laran tots els desplaçaments per convocar reunions? El correu electrònic, els xats, eliminaran les cartes? Els diaris i llibres electrònics, arribaran a suprimir

els diaris i els llibres en paper?

La resposta no és gens clara, especialment en alguns d'aquests casos, que a diferència d'altres (com la música) hi ha una clara diferència entre llegir en paper o llegir en una pantalla, o entre parlar de tu a tu i parlar per videoconferència. A més a més, la pantalla no arriba a tot arreu.

Pensem en les grans ciutats, ens imaginem el metro ple de gent llegint llibres o diaris en les seves PDA o similars? Potser sí (qui ens havia de dir fa trenta anys que en qualsevol lloc podríem parlar per telèfon mòbil o tenir televisió a la carta), però tot al seu moment.

No sigui que ens passi com en la llet per a nadons, que pensem que és el millor, que al·letem el nostre nen cegament amb aquesta llet i que quan ens adonem que potser la llet materna encara era la millor opció, el nostre nen ja no begui llet, perquè ja li ha passat l'edat de fer-ho. Segur que és el moment de *pujar al carro* de les noves tecnologies, però sense deixar de banda, crec, allò que sabem que funciona bé, encara que sigui suposadament antiquat. No sigui que el temps digui que allò que semblava modern realment no anava tan bé com pensàvem, i que en el camí haguem perdut el que realment ens funcionava.

Potser, abans d'establir canvis substancials, caldria definir i avaluar per a què volem un mitjà de comunicació, com el volem i quin és el mitjà més eficaç i eficient per aconseguir *el per a què i el com*, pensant sempre en la revista com un dels pocs mètodes de comunicació i d'unió entre els col·legiats que, probablement, ens queda als metges de Lleida en la nostra societat dels inicis del segle XXI, la paradoxal societat de la informació i el coneixement.

Dr. Josep Pifarré
Metge psiquiatre

Enquesta

El *Butlletí Mèdic* del Col·legi de Metges de Lleida, fins ara, s'ha publicat en format paper. Ara, la direcció del Col·legi planteja la possibilitat de substituir-lo pel format electrònic, per la qual cosa, si t'interessa algun article, l'hauràs d'obrir i imprimir. Davant aquesta situació, volem conèixer la teva opinió i, per això, et demanem que contestis a la següent pregunta.

Estàs d'acord a substituir el 'Butlletí Mèdic' en suport paper per un butlletí electrònic?

A FAVOR DE LA SUBSTITUCIÓ

Dr. Jorge Altamirano Vera: "Está bien economizar papel y espacio y ahorrar el correo. Es más fácil abrir la pantalla para ver los contenidos y artículos de la revista."

Dr. Montserrat Coma i Gassó: "Hi estic d'acord. Rebem moltes revistes i excepte algun article que m'interessi les acabo donant a la Fundació Josep Trueta. Potser seria interessant, de manera anual, fer un CD recopilatori."

Dr. Sònia Mecerreyes: "Millor en format informàtic perquè ocupa menys espai."

Dr. Javier Romaní del Castillo: "Em sembla molt bé que fem el *Butlletí Mèdic* electrònic. Al cap i a la fi, si algun article el volem en paper el podem imprimir al moment. Hi ha molts diaris que ho fan, *La Vanguardia*, *Vilaweb*..."

Dr. Marta Torres: "El paper té menys utilització i és menys ecològic."

Dr. Maria Teresa Vallmaña: "El paper té menys ús pel tema ecològic i qui vulgui es pot baixar l'edició electrònica."

EN CONTRA DE LA SUBSTITUCIÓ

Dr. Maria Dolors Andreu i Duat: "No crec que sigui bona idea substituir el format de paper per l'informàtic. El *Butlletí Mèdic* no és una revista científica, sinó una revista medicoinformativa que manté el contacte entre els professionals de Lleida i província. És la revista que et ve de gust llegir quan tens una estona, assegut al sofà o, fins i tot, a la consulta. Si passa a ser informatitzada perdrà aquest encant i deixarà de ser llegida per molts de nosaltres."

Dr. Sebastià Barranco: "No estic a favor de la substitució. Crec que provocarem que un mitjà de comunicació del COML no sigui mirat ni llegit per ningú. El *Butlletí* el miro, el deixo, el tornes a mirar, llegeixes el que t'interessa... Si es fa per correu electrònic em sembla que evitarem que puguem tenir aquest mínim contacte."

Dr. Josep Manuel Casanova Seuma: "Jo crec que ha de passar encara una generació (la nostra) perquè la gent es trobi còmoda llegint a l'ordinador. A mi m'agrada el format actual del *Butlletí* i he de reconèixer que el miro cada mes i que, fins i tot, llegeixo alguns articles, els d'opinió, els d'història... El que trobo un rotlló i em sembla que no es mira ningú són les decisions de la junta. Es podrien posar a les actes."

Dr. Joan Casas i Solé: "El format paper s'ha de prioritzar, la lectura és més agradable i relaxant en aquest format. Prefereixo seguir amb el paper."

Dr. Carmen Ciria Mallada: "No estoy de acuerdo. Prefiero la información en papel a la electrónica, ya que es más rápida y fácil a la hora de leer y poder archivar. En caso de decantarse por la electrónica, pido que coexistan las dos. En este caso, se debería contar con la opinión de los miembros del comité de redacción del boletín, ya que llevan a cabo una tarea admirable, tenemos que saber su disponibilidad, preferencias... Sin ellos no sería posible. Tal y como está, para mí resulta una buena herramienta de información sobre la medicina."

Dr. Montserrat Felip i Trepal: "No hi estic d'acord, ja que no tothom utilitza exclusivament Internet. El format en paper és molt més fàcil de manejar i, a més, no perjudica la vista i és col·leccionable."

Dr. Rafael Ferreruela: "El paper hay que tocarlo. Sería una pena que desapareciera el formato papel."

Dr. Pilar García Planella: "Estic a favor del format paper."

Dr. Sònia Garrido: "Estic a favor del format paper."

Dr. Jesús Ramon Giménez Sanz: "No crec que sigui la millor manera, ja que, com jo, suposo que hi ha altres companys que no mirem el correu electrònic gaire sovint."

Dr. J.M. Monrabà: "Al *Butlletí Mèdic* hi participa molta gent, metges i no metges, i hi ha articles d'opinió molt interessants."

Dr. Antonio Michans Quinquilla: "Estic a favor del format paper."

Dr. Lidia Montull Navarro: "Estic a favor del format paper."

Dr. Núria Nadal Braqué: "Estic a favor del format paper."

Dr. Emili Josep Ortoneda Majoral: "No hi estic d'acord. En primer lloc, no tothom té Internet i, en segon lloc, és més fàcil fullejar una revista i veure si hi ha algun article interessant. A més a més, recullo i guardo el *Butlletí Mèdic* des del primer número."

Dr. Josep Maria Sagrera: "Estic a favor del format paper."

Dr. Eva Serra Clavall: "Tot el dia estic amb l'ordinador a la feina, molts dels correus que rebo són d'entitats mèdiques, CAMFIC, SEMERGEN, Acadèmia de Ciències Mèdiques, i ni tan sols els obro. En canvi, per a les revistes i altres publicacions que rebo a casa sempre trobo un moment o altre per fullejar-les. Si el *Butlletí Mèdic* passa a format electrònic perdreu una lectora."

Dr. María José Vendrell Bieto: "No estic d'acord amb la substitució."

ELS DOS FORMATS

Dr. José Manuel Albalad Samper: "Opino que a

pesar de que el futuro de las publicaciones sea el soporte electrónico, en la actualidad, la inmensa mayoría de los colegiados no estamos preparados para ello, por lo que ambos soportes deberían ser complementarios y no excluyentes. Habría que valorar qué se pretende, una revista en un soporte más moderno y que sea leída por una minoría o una revista con un soporte no tan moderno y que llegue a la inmensa mayoría."

Dr. Jordi Robert Cortada: "No crec que sigui bona idea la substitució. En canvi, estic a favor de la convivència dels dos formats."

Dr. David de la Mica Escuin: "Creo que sería mejor hacerlo conjunto o por elección de los colegiados (unos papel, otros sólo informático, o ambos), como las facturas de teléfono o los papeles bancarios."

Dr. David Riba: "Personalment, prefereixo el format electrònic, ja que, per la meua manera de fer i actuar, m'és molt pràctic i fàcil accedir a la informació. De cara a la resta dels professionals, no ho tinc tan clar que sigui una bona alternativa, ja que no tothom usa amb destresa la informàtica. Crec que el *Butlletí* en format electrònic faria perdre molts lectors que sí que hi tenen accés a través del format paper. Sóc partidari d'esperar uns mesos més i faria el llançament a través d'ambdues vies."

Doctores Maria Dolors i Esther Rodrigo Claverol: "La nostra opinió és que el plaer de fullejar el *Butlletí Mèdic* en qualsevol lloc i en qualsevol moment no es pot suplir per l'ordinador. No tots estem enganxats a l'ordinador ni a Internet. Nosaltres, personalment, només l'emprem per treballar i a la feina no hi ha temps per llegir res. Una opció vàlida podria ser fer-lo de les dues formes i que cadascú triï l'opció que més el satisfaci."

Cristina Ruiz Magaz: "Els dos formats poden ser complementaris."

CAP FORMAT

Dr. Manuel Guiu: "Nunca miro el *Butlletí*, pero tampoco lo miraré electrónico."

La tuberculosi a principis del segle XXI

Dr. Miquel Falguera

Sens dubte, la tuberculosi és una de les malalties més conegudes, fins i tot per la població general. Nombrosos personatges històrics l'han patit i, fins i tot, molts han mort tísics. Tradicionalment, ha estat una de les causes més importants de morbiditat i mortalitat i ha adoptat l'etiqueta de malaltia temible i, com a conseqüència, ha provocat el rebuig social dels afectats. Per tots aquests motius, des de fa dècades, la tuberculosi constitueix el centre de moltes campanyes sanitàries i s'hi destinen importants recursos, però només s'han assolit algunes victòries parcials.

Repetidament, les autoritats intenten transmetre la idea que la tuberculosi està pràcticament eradicada, i la societat s'ho creu. Però la història novament ens ensenya que, quan menys ens ho esperem, reneix la malaltia amb força. El cert és que la tuberculosi està encara molt lluny de l'eradicació en els països desenvolupats i és plenament vigent en els països més pobres.

A casa nostra, des que disposem de registres fiables, hem vist una tendència al descens en la taxa de tuberculosi (nombre de malalts/100.000 habitants), tot i que es va observar una inflexió ascendent de la corba a finals dels anys 90, a causa de la sida, i actualment s'aprecia un nou increment, tot i que discret, atribuïble als casos importats, mentre que la taxa entre la població autòctona s'està reduint (vegeu les taules 1 i 2).

Com a altres dades epidemiològiques més destacables podríem fer referència a la predilecció per afectar persones d'edats mitjanes, ja que el 45% dels casos es donen entre els 25 i els 44 anys i amb la localització pulmonar com la més habitual (70% dels casos), seguida de la pleural i la limfàtica.

Com podem reduir la incidència de la malaltia?

Probablement, les mesures dirigides a millorar les condicions higièniques i nutricionals de la població són les que, històricament, han tingut un paper més determinant en la reducció de

casos de tuberculosi al nostre país. Sens dubte que la malaltia afecta, particularment, les persones dèbils, immunodeprimides o amb deficiències alimentàries, alhora que la concentració de moltes persones en habitatges de mides reduïdes en facilita la transmissió.

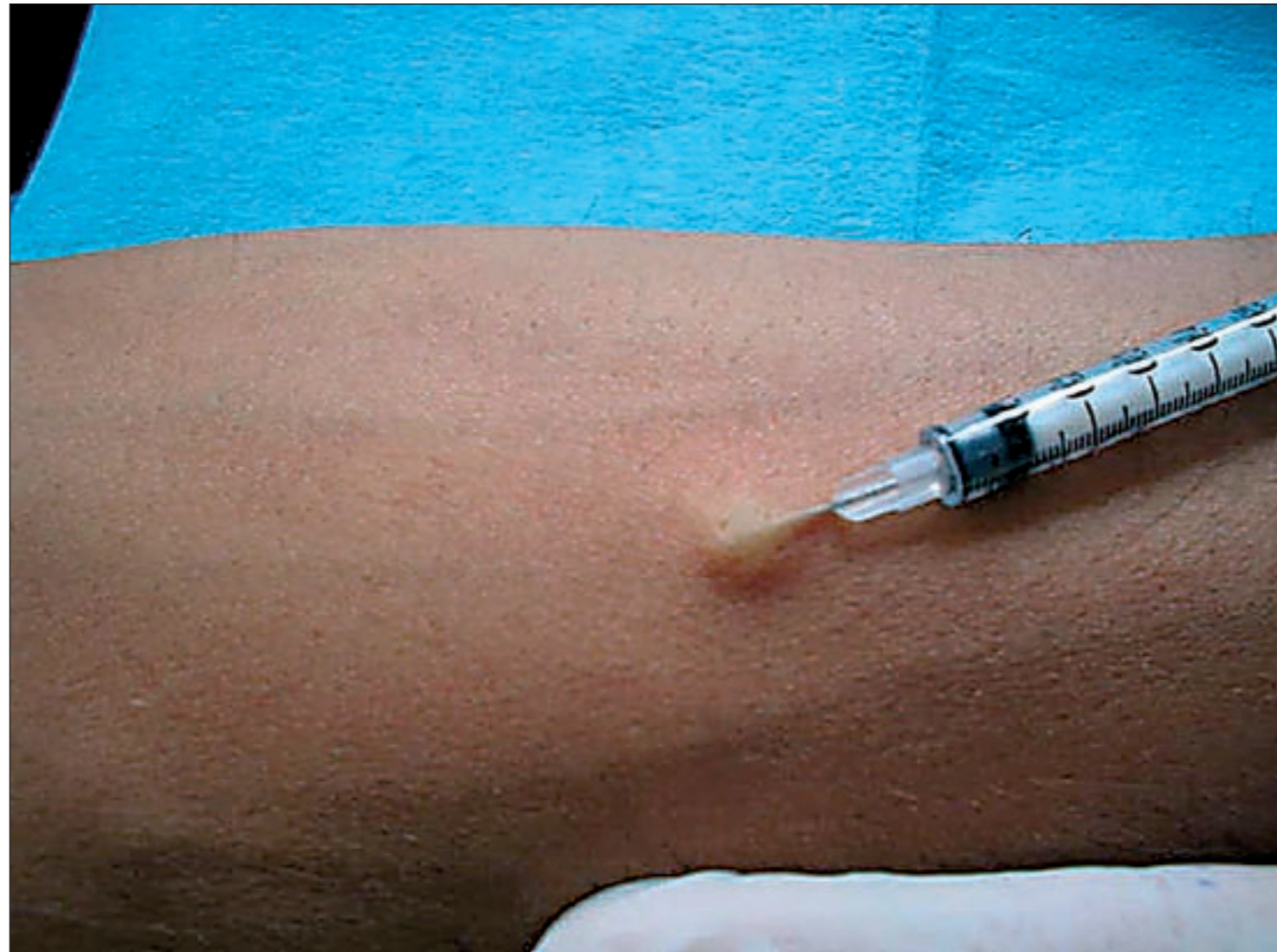
No obstant això, al marge de factors socials, també podem posar en pràctica actuacions sanitàries de caràcter més específic. Les mesures aniran encaminades en dues direccions. Per una part, hem de fer un diagnòstic precoç dels casos i iniciar un tractament correcte, vigilat que el compliment es faci de forma adequada; aquestes seran les mesures més útils. D'altra banda, la tuberculosi ens permet actuar en altres aspectes en el camp de la prevenció, que també proporcionaran beneficis indiscutibles.

Diagnòstic i tractament dels malalts amb tuberculosi

a) El diagnòstic

La clínica. Haurem d'estar alerta davant de persones amb simptomatologia respiratòria i sovint amb problemes mèdics associats, deficiències de tipus econòmic i social, o amb antecedents familiars o epidemiològics de la malaltia en el seu entorn. Presentaran manifestacions clíniques de caràcter subagut o crònic durant setmanes o, fins i tot, alguns mesos, combinades amb símptomes generals com febre, astènia, anorèxia i pèrdua de pes, amb símptomes de les vies respiratòries com tos, expectoració, dolor toràcic o dispnea (ens referim, lògicament, a la tuberculosi pulmonar, la forma més comuna).

L'hemoptisi o, més freqüentment, l'expectoració hemoptoica, constituirà un símptoma d'alarma que no pot quedar sense investigar; en aquest cas, el càncer de pulmó pot suposar un diagnòstic alternatiu igualment transcendental per al pacient. Un altre error diagnòstic freqüent consisteix a catalogar el quadre d'infecció respiratòria, habitualment una pneumònia; el caràcter subagut dels símptomes i la presència de símptomes generals,



La prova de la tuberculina és la tècnica més clara per al diagnòstic de la infecció

si fem una història clínica meticulosa, ens permetrà adonar-nos de les diferències existents entre aquests dos tipus de processos.

Tot i que és infreqüent, podem trobar-nos, com es demostra en estudis de prevenció, amb pacients asimptomàtics o que tenen una escassa simptomatologia durant molt temps, i únicament els beneficis derivats del tractament demostraran la millora a una persona que no es crea malalta.

Aquestes manifestacions clíniques necessiten unes proves confirmatòries. Per sort, disposem de diversos mètodes diagnòstics de primera línia, relativament simples, ben experimentats i amb bona sensibilitat, però que no deixen de tenir les seves limitacions: la prova de la tuberculina, la radiografia de tòrax i els exàmens microbiològics. Quan aquests tests no aporten informació prou convincent podem recórrer a altres mètodes més sofisticats que, en alguns casos seleccionats, poden ser-nos de molta utilitat.

La prova de la tuberculina. També anomenada prova de Mantoux o prova

de PPD, és una de les tècniques diagnòstiques més clàssiques en medicina i encara sense rival en el diagnòstic de la infecció tuberculosa. Però, les seves limitacions són de sobres conegudes. Així, la prova de la tuberculina positiva reforça la nostra sospita diagnòstica de tuberculosi; però hem de tenir ben present que una infecció prèvia sense malaltia o la mateixa vacunació anti-tuberculosa, practicada rutinàriament fins fa algunes dècades al nostre país i encara vigent en molts altres, provoca la positivitat de la prova de forma persistent o fins i tot permanent. Contràriament, fins a un 10-20% de les persones amb tuberculosi, particularment entre aquelles que pateixen un cert grau d'immunodepressió, tenen una prova negativa, circumstància, doncs, que no ens exclou aquest diagnòstic.

Cal recordar que la prova de la tuberculina és una tècnica ben estandaritzada, amb una normativa molt clara referida tant a l'administració com a la lectura. La injecció ha de ser intradèrmica, amb una agulla fina (núm. 27) i s'han d'inocular 5 unitats de PPD. Per la seva part, la lectura s'ha de fer a les 48-72 hores i s'ha de mesurar la induració (no la pàpula central ni l'eritema) segons el diàmetre transversal. Errors en l'administració (per exemple, subcutània) o en la lectura poden invalidar el resultat i confondre més que ajudar. Una induració superior a 10 mm (5 mm per a determinats subgrups de persones i 13 mm per als vacunats) es considera un resultat positiu de la prova.

No és improbable que en un futur no gaire llunyà noves tècniques, actualment en període avançat de recerca, més sensibles i específiques, puguin competir, millorar i substituir aquesta tècnica tradicional.

La radiografia de tòrax. Més fiables que la prova de la tuberculina resulten les troballes en una radiografia de tòrax, en el diagnòstic de la tuberculosi pulmonar o pleural. Els infiltrats heterogenis, generalment amb cavitacions, que predominen en els lòbuls superiors, unilaterals o bilaterals, resulten inconfusibles. Però, novament, podem trobar-nos amb situacions especials i considerar com a normal la radiografia de malalts amb una tuberculosi pulmonar demostrada microbiològicament. De fet, aquesta circumstància s'ha descrit fins en un 10% dels casos. Les raons que ho poden justificar són diverses, com ara la mala qualitat de la radiografia, l'existència de lesions en fase molt inicial o les formes endobronquials. En molts d'aquests casos, per tomografia axial computada podem apreciar lesions que per la radiologia simple podrien passar desapercebudes, de manera que aquesta tècnica constitueix una alternativa diagnòstica en aquest subgrup seleccionat de pacients.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Les proves microbiològiques. Tant la tinció de Ziehl-Neelsen com els cultius en medis específics representen els mètodes per establir el diagnòstic de forma definitiva. Però també aquests mètodes estan subjectes a errors, generalment en forma d'una sensibilitat insuficient. Les tincions són positives només en el 50-60% de les mostres d'esput, i la sensibilitat és molt més baixa encara en altres mostres com un líquid pleural o un líquid cefaloraquídi. Els cultius, tot i que milloren aquests percentatges de sensibilitat de les mostres, no arriben tampoc a ser tècniques de fiabilitat absoluta. Indubtablement, acabarem tractant de forma empírica una proporció significativa de malalts. A aquesta sensibilitat reduïda, hi hem d'afegir el llarg període de latència existent entre la presa de mostra i el resultat definitiu del cultiu. Finalment, hem de recordar que, en els casos en què el cultiu és positiu, l'estudi de la sensibilitat als antimicrobians resultarà d'una gran ajuda.

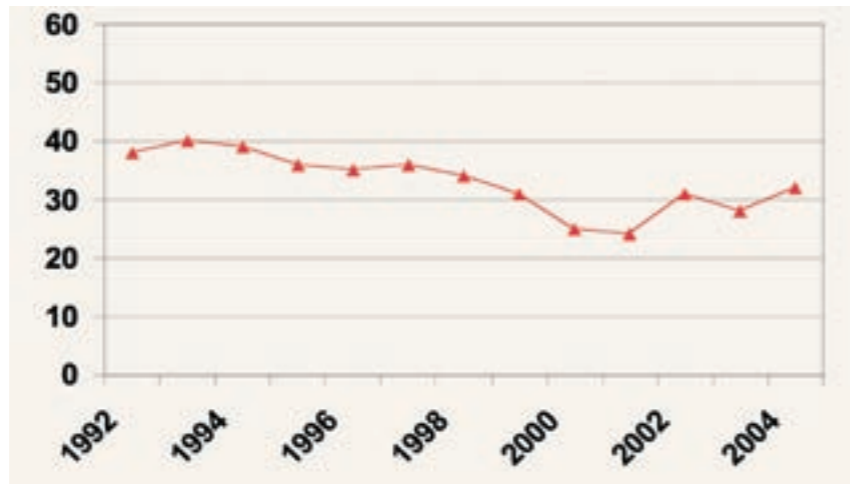
En definitiva, en la gran majoria de casos, el diagnòstic de la tuberculosi resulta extraordinàriament fàcil. El més habitual serà trobar-nos davant d'un malalt amb una història clínica suggestiva, la prova de la tuberculina positiva i una imatge radiològica típica; poc més tard ens arribarà la confirmació microbiològica. No obstant, la negativitat d'un o alguns d'aquests pilars diagnòstics, com ja hem comentat, no ens farà descartar completament aquesta hipòtesi diagnòstica.

b) El tractament

En pocs camps de la medicina actual podríem dir que els canvis resulten tan poc apreciables, i només fruit de profundes reflexions. Així, podríem dir que, en línies generals, en els darrers 20 anys, les pautes bàsiques del tractament de la tuberculosi no s'han modificat. De fet, des de la introducció de la rifampicina els anys seixanta, i la demostració de l'eficàcia terapèutica de les pautes de 6 mesos, de principis dels anys vuitanta, els esquemes terapèutics generals no han sofert canvis substancials.

Aquest tractament es fonamenta en l'ús de combinacions de tuberculostàtics de primera línia, en dues fases: en els dos primers mesos, s'utilitza un tractament amb 3 o 4 fàrmacs (rifampicina, isoniazida, pirazinamida i, a vegades, etambutol), que se substitueix per només dos fàrmacs (rifampicina i isoniazida) durant un mínim de 4 mesos més. L'existència de preparats comercials que combinen en un sol comprimit tots els components facilita extraordinàriament la dispensació i el compliment.

La necessitat de realitzar variacions sobre aquest esquema bàsic és inhabitual i deguda, generalment, a situacions d'intolerància o toxicitat



Taula 1. Evolució de les taxes d'incidència (casos/100.000 habitants) de tuberculosi a les comarques de Lleida entre el 1992 i el 2004

Tipus de població	2003 Nombre de casos (taxa*)	2004 Nombre de casos (taxa*)
Autòctona	79 (22.3)	89 (25.2)
Immigrant	24 (99.6)	35 (111.6)
Total	103 (27.3)	124 (32.2)

Taula 2. Incidència de la tuberculosi a les comarques de Lleida en els anys 2003 i 2004. Comparació de taxes entre la població autòctona i la immigrant
*Taxa per 100.000 habitants

d'algun dels compostos o a situacions de resistència microbiològicament reconeguda, circumstàncies que obliguen a fer tractaments individualitzats, més llargs i que s'han de deixar en mans d'especialistes. Situacions d'immunodepressió greu, resposta clínica o microbiològica tòrpida i potser algunes formes clíniques (tuberculosi òssia, tuberculosi articular, tuberculosi meningia) aconsellen, per prudència, practicar tractaments més llargs.

Si abans hem remarcat la necessitat de fer diagnòstics de forma precoç, és igual o més important que un cop s'hagi establert, el tractament s'instauri també al més aviat possible i ens assegurem que el compliment sigui estricte. De fet, la comprovació que hi ha un bon compliment constitueix un dels objectius més importants que justifiquen el seguiment posterior del pacient. Quan no hi ha una absoluta seguretat que el pacient seguirà les nostres recomanacions és necessari realitzar un tractament sota supervisió mèdica.

Prevençió de la tuberculosi

Cal insistir que les mesures descrites anteriorment, el diagnòstic precoç i el compliment correcte del tractament constitueixen les mesures preventives més importants. No obstant això,

altres mètodes de recerca de casos, com els que a continuació es detallen, tenen també un paper molt important.

a) L'aïllament

Els malalts, confirmats o altament sospitosos, han d'estar apartats a fi d'evitar la transmissió de la malaltia. Aquest fet té molta importància dins els hospitals, on coincideix la immunodepressió d'altres pacients, que els fa molt més receptius. Al domicili, és important que el pacient no tingui contacte amb persones de fora, s'han d'evitar les visites i eliminar les sortides a llocs concorreguts. També sembla recomanable allunyar aquells convivents, particularment nens i joves, que es cregui que no estan contagiats.

Les dades científiques actualment existents permeten considerar que aquest aïllament hauria de tenir una durada mínima d'unes quatre setmanes.

b) La recerca d'infectats entre grups de risc

Una segona mesura efectiva és, sens dubte, la recerca de casos (malalts o simplement infectats) entre aquells grups de població més susceptibles.

Entrarien dins d'aquesta categoria totes aquelles persones amb immunodepressió important com malalts infectats pel VIH, malalts amb insuficiència renal o malalts que han d'iniciar un tractament amb corticoides o

immunosupressors. També són més susceptibles les persones exposades freqüentment a pacients tuberculosos, és el cas del personal sanitari. L'estudi d'immigrants procedents de països on hi ha una alta prevalença de la malaltia també està justificat. Finalment, les importants conseqüències que es podrien derivar de l'estat de la persona contagiosa justifiquen l'actual política de revisar el personal dedicat a l'ensenyament i les llars d'infants.

Per a totes aquestes persones, i en absència de símptomes, l'estudi es limitaria a practicar la prova de la tuberculina. La radiografia de tòrax vindria justificada per l'obtenció d'una prova positiva, i els estudis microbiològics, per la presència d'alteracions radiològiques o l'existència de símptomes suggestius de malaltia activa. Davant d'una prova de la tuberculina positiva i una radiografia normal, s'aconsella administrar tractament preventiu amb isoniazida a les persones joves, als que tenen malalties de base o estan immunodeprimits i a aquells que han efectuat una conversió de la prova (en un termini de 24 mesos han passat de tenir una prova negativa a tenir-la positiva).

c) L'estudi de contactes arran d'un nou cas

L'aparició d'un malalt, particularment si aquest és clarament contagiós (les bacil·loscòpies d'esput són positives)

—però no únicament en aquest cas—, ens obliga a realitzar un estudi de les persones que han estat exposades al contagi d'una forma important. Així, considerarem com a persones en risc molt alt aquelles que conviuen en el mateix domicili, particularment si comparteixen dormitori, o en el medi laboral, aquelles que treballen juntes tot el dia en recintes petits i tancats; aquests els anomenarem contactes íntims. Per una altra part, el risc serà menor però no menyspreable per a persones amb una relació intensa, diària, tant familiar com laboral, però sense trobar-se en les situacions abans esmentades; certament, els límits que defineixen aquest grup són difícils d'establir i s'ha de fer servir el sentit comú.

Per als primers, els contactes íntims, s'ha de realitzar un estudi inicial que inclogui una història clínica, la prova de la tuberculina i una radiografia de tòrax. Per a totes aquelles persones que tinguin la radiografia de tòrax normal, i en absència de símptomes, indicarem quimioprofilaxi amb isoniazida durant 6 mesos si la prova de la tuberculina és positiva, i durant 3 mesos si és negativa, llavors es repetirà la prova a fi de decidir si la profilaxi s'ha de mantenir 3 mesos més o pot retirar-se (quimioprofilaxi primària).

Per altra banda, per als contactes amb risc moderat, n'hi haurà prou de fer la prova de la tuberculina i

reservar la radiografia de tòrax per a aquells que tenen la prova positiva o manifesten símptomes suggestius de tuberculosi. Tanmateix, la indicació de quimioprofilaxi es basarà en l'anàlisi d'una sèrie de factors de risc com ara l'edat de la persona exposada, el grau de contagiositat del pacient font, el grau de convivència, les condicions d'exposició i, probablement, la mida de la tuberculina si aquesta resulta positiva. Novament, la duració de la quimioprofilaxi s'establirà com en el grup anterior, 6 mesos per als que tenen la prova positiva i tres per als que la tenen negativa, i es repetirà posteriorment.

BIBLIOGRAFIA

1. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Informe anual 2004. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
2. Ruiz Manzano, J. "Tractament actual de la tuberculosi". *Butlletí d'informació terapèutica*. Generalitat de Catalunya 2005; 17(6).
3. Villarino, M.E.; Bliven, E.E. "Back to the future: where now for antituberculosis drugs?" *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24:69-70.

Agraïment: Al Dr. Pere Godoy, cap del Servei Territorial de Salut de la Generalitat de Catalunya de Lleida, per la valuosa informació facilitada sobre la situació epidemiològica de la tuberculosi a les nostres terres.

Joies úniques

De la sèrie "Piràmide".
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau
i dos diamants de talla princesa.

PERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · www.peretena.com · Pàrquing Blondel Gratuït

La incontinença urinària

Ana Quintanilla Sanz · DUI. Grau superior en Ciències de la Infermeria UdL. Educadora per la continència. Reeducació vesical Lleida. Clínica de Ponent

Si descobrim en una anamnesi o en una exploració rutinària que una persona és incontinent, ens plantegem per què ho és? Ens sentim còmodes? L'hi sabem diagnosticar? Sabem on la podem derivar? Segons l'edat i l'estat general si no diu res callem? I si és jove? Tenim clares les opcions terapèutiques? Considerant la pressió assistencial, ens ficariem en aquest embolic? I si ens conta que no se li escapa però que a cada moment ha d'anar al lavabo? I si és un operat de pròstata? Ens hem de capficar per un problema que no té cap perill per a la vida?

Col·loquem-nos una compresa molla d'aigua i anem a treballar, a passejar, a l'autobús, a ballar, a estar prop de la persona estimada..., només un dia.

Sabem si traspasa la humitat al seure? Es marca el paquet amb els moviments? Quin tipus de roba ens ficariem? Les relacions amb els altres serien iguals? I amb les persones del sexe contrari? Sabem quants diners costa comprar dues o tres compreses diàries? Sabem què se sent al perdre el control d'una part d'un mateix?

Tots els punts per ser incontinent

Tenim un alt risc de ser incontinents? La bipedestació, senzillament.

Recordem que per evolució, al posar-nos de peu, la musculatura perineal està exercint durant tot el dia una tensió en contra de la força de la gravetat. Què passa al llarg dels anys? O no tants anys... No es cansarà mai aquest múscul?

A més, els parts: la pelvis femenina s'ha hagut d'adaptar a parir bebès amb un perímetre cranial cada vegada més gran. I la pelvis, sap quina posició haurà d'adoptar a les sales de part actuals? Si la posició de litotomia no és la millor opció, per què continuem fent les coses per rutina? Algú ha intentat una simple micció o defecar en contra de la força de la gravetat?

En l'era de la tecnologia, amb els avantatges actuals, és possible que encara haguem d'aprendre el més bàsic de la nostra existència com és ajudar a néixer? Episiotomia lateral, o central? És realment necessari fer-la sempre?

Els llargs expulsius són derivats de l'alta demanda d'anestèsia peridural? Hauríem de dir anestèsia o analgèsia,

que poden comportar un mal buidament vesical; l'escassa ingesta d'aigua; l'estrenyiment; les infeccions del tracte urinari).

-Les malalties cròniques respiratòries.
-L'esport sense formació...

Fins i tot la longevitat aconseguida entre el nivell de vida i els avenços científics ens comporta problemes a ambdós sexes!

Les senyores, ara, gairebé vivim els mateixos anys abans de l'època reproductiva que després. Per mantenir-nos sanes i ben maques se'ns tornen a obrir un munt d'interrogants:

Calors? Teràpia hormonal substitutiva? Atròfies, irritacions. Tractament amb hormonoteràpia local? Laxitud, prolapses? Si hi ha patologia que requereix intervenció quirúrgica podem escollir? Histerectomia abdominal total? Subtotal? Vaginal? Laparoscòpica? On és més gran el risc per al sòl pelvià?

En els senyors, la disfunció més freqüent la trobem en la postprostatectomia, és a dir, la pèrdua d'orina que pot aparèixer després de la cirurgia prostàtica i que persisteix¹.

Des del punt de vista funcional, hi ha dos llocs a la uretra masculina on la pressió és màxima. El mecanisme esfinterià proximal, anomenat esfinter intern (fonamentalment el coll vesical amb acabaments nerviosos alfaadrenergics), i distal o esfinter extern, amb fibres musculars llises alfaadrenergiques, estriades intrínseques innervades per acabaments colinèrgics i les fibres estriades extrínseques o esfinter periuretral d'innervació pudenda.

El periuretral té dos tipus de fibres: el tipus I, de contracció lenta i mantinguda, o sigui, parlem de la pressió uretral en repòs, i altres de tipus II, o de contracció ràpida, responsables de la interrupció del xorro urinari.

sia peridural? Si fem empènyer sense sensació de pressió quan el capet del bebè encara no ha baixat suficientment i la dona s'esgota, estem afavorint els parts instrumentals? I què me'n diu de les cesàries electives?

És imprescindible l'educació maternal amb anatomia, canvis perineals, tipus d'esponderaments, hipopressió, posició de la pelvis, treball de part, opcions d'analgèsia, etc., per facilitar la lliure elecció de la mare en el naixement d'un fill.

Des d'aquesta publicació m'agradaria felicitar tots els professionals de la salut que malgrat la pressió assistencial no deixen d'informar, de formar-se i de lluitar per la individualització de l'atenció i la humanització de les sales de part.

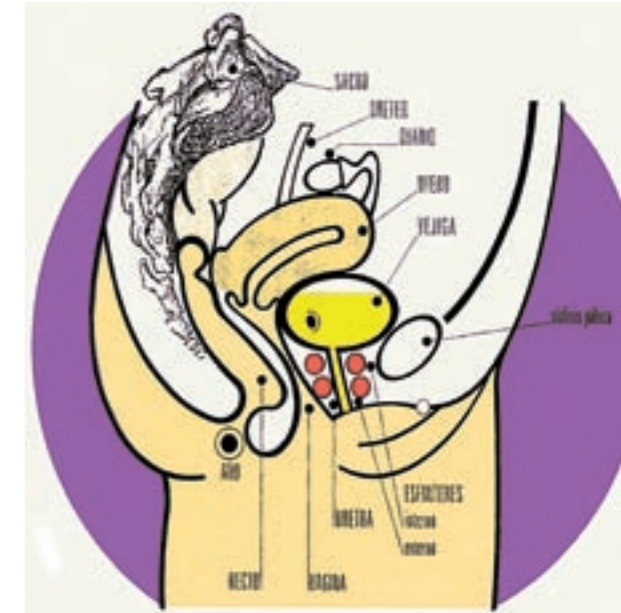
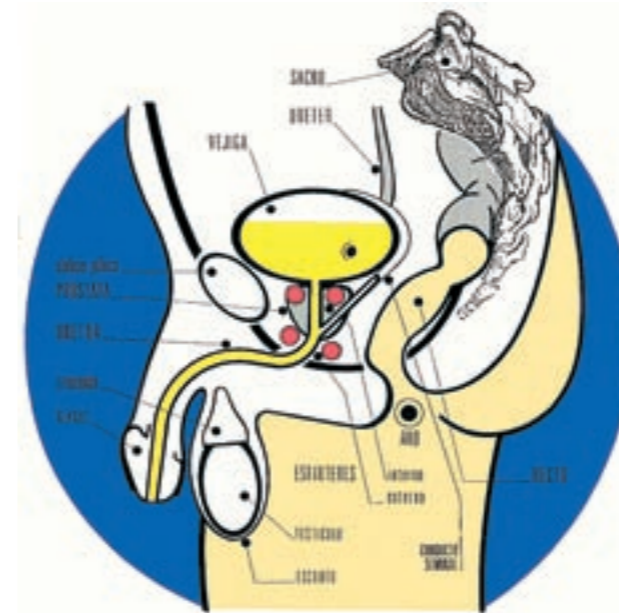
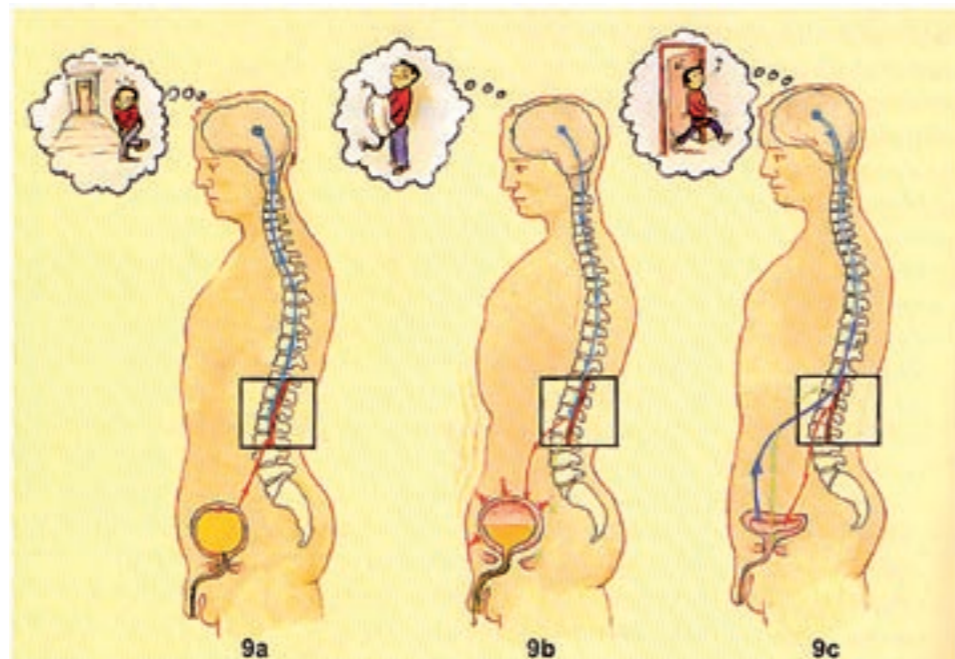
Mals hàbits

Bé, continuant amb el fil que portàvem, si a tot això hi afegim altres novetats de la vida quotidiana moderna com:

-Els esforços a la feina o el manteniment d'una errònia estàtica vertebral en la llarga jornada laboral.

-Els mals hàbits nutricionals (dieta baixa en fibra, greixos, menjar ràpid, sobrepès, distensió abdominal).

-Mals hàbits higiènics (dificultats horàries en l'accés al vàter; les pres-



En l'extirpació de l'adenoma prostàtic es produeix la destrucció del mecanisme esfinterià proximal i de part del distal. La continència es mantindrà a causa de les fibres musculars distals entre l'àpex prostàtic i el diafragma urogenital².

En el cas de lesió, es veurien afectades les fibres llises o estriades intrínseques, però no el múscul estriat periuretral: fibres diana del tractament conservador, que utilitzarem i reforçarem en la reeducació perineal de la incontinença urinària postprostatectomia.

Objectiu: continència

La continència urinària s'aconsegueix per una simple relació de pressions: mantenir una pressió uretral superior a la vesical en la fase d'ompliment. No han d'existir contraccions fàssiques vesicals i que la pressió uretral de repòs sigui sempre superior a la vesical (pressió uretral de tancament positiva). El nostre objectiu només és continència? I si ja ets continent?

Recordem, però, la síndrome de bufeta hiperactiva. És l'associació de símptomes d'urgència i augment de la freqüència de micció amb o sense incontinença d'urgència (sempre en absència de patologia local). És una contractibilitat *augmentada* del múscul detrusor. És a dir, encara que el tancament de la uretra es mantingui amb pressió positiva i superés la d'aquestes contraccions vesicals augmentades, per tant, sense *mullar-se*, la International Continence Society considera que afectarà tant o igualment de forma important la qualitat de vida de les persones que la pateixin³.

El tancament de la uretra es manté per la correcta actuació d'uns elements que tenen uns comportaments passius, que poden ésser modificats amb cirurgia, i uns altres actius, que poden modificar-se amb tractament conservador: farmacològic, reeducació d'hàbits i fisioteràpia.

◆ **La incontinença està causada, entre d'altres, per mals hàbits i postures**

◆ **La continència s'aconsegueix amb una relació de pressions**

◆ **Una de les solucions és la reeducació del sòl pelvià**



Els elements passius serien:

-La normalitat de les estructures anatòmiques uretrals, amb les parets coaptades en repòs i en esforç, o sigui, en la fase d'ompliment.

-El correcte suport de la uretra, mantinguda en la posició adequada en l'esforç. Amb moltes teories del perquè d'aquesta defallida dels mecanismes de suport (Hodgkinson⁵ diu que en la IUE hi ha una insuficient transmissió dels augments de la pressió abdominal a la uretra en l'esforç; la teoria de l'hamaca vaginal de DeLancey⁶, en què el suport vaginal és molt dèbil en l'esforç; o la de Petros, en què la IUE femenina es deu a un insuficient suport del terç mitjà de la uretra i que és la base del tractament quirúrgic de les bandes de lliure tensió).

Dins els actius podem trobar:

-L'adequada innervació uretrovesical, que és imprescindible per mantenir la uretra tancada i el detrusor relaxat en la fase d'ompliment vesical.

-La musculatura del sòl pelvià, a més de la funció de suport de les vísceres pot contraure's amb els augments de pressió abdominal i facilitar el manteniment de la continència⁴.

Pel que fa a la hiperactivitat vesical, o en la IUU, jugarem amb el mecanisme inhibitor pudend, que consisteix en l'acció inhibitoria de la contractibilitat vesical deguda als impulsos aferents perineals conduïts pel nervi pudend.

Reeducació del sòl pelvià

Reeducació és una paraula molt àmplia que engloba termes com: informació, formació, prevenció, educació, rehabilitació i atenció continuada, entre d'altres. En aquesta reeducació, un dels aspectes és el tractament conservador, en què la fisioteràpia és una eina més dins de tot el programa formatiu.

Una vegada assolida la disfunció

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

perineal i fet el diagnòstic correctament, dins del ventall de possibilitats terapèutiques que tenim, la primera elecció és un tractament conservador, amb la derivació del client al servei de reeducació del sòl pelvià. En la nostra consulta de reeducació de Lleida, el treball d'infermeria com a reeducadores¹⁰ i el de l'equip mèdic, format per uròlegs i ginecòlegs, té una visió clara:

Volem un servei amb excel·lent qualitat, amb creixement professional i tècnic continu, amb un alt grau de satisfacció en la societat, les persones que el componen i, especialment, els seus clients.

Amb l'objectiu de:

- Donar orientació terapèutica, suport i assistència continuada.
- Prevenir i/o tractar les diferents patologies del sòl pelvià.
- Promocionar nous hàbits per millorar la qualitat de vida de la població.
- Afavorir la millora global del sistema sanitari mitjançant la cooperació amb altres organitzacions.

Activitats

Prevenició

- Adolescents, edat adulta. Xerrades informatives en escoles, associacions rurals.
- Noies esportistes
- Embaràs, postpart.
- Preintervenció i/o postintervenció quirúrgica: histerectomies, prostatectomies...
- Menopausa.

Tractaments

- Disfuncions urològiques:
- Incontinència urinària d'esforç.
- Síndrome de bufeta hiperactiva.
- Incontinència d'urgència o mixta.
- Incontinència per sobreiximent.
- Retenció urinària.
- Disfuncions neurògenes:
- Incontinència urinària: hiperreflexia del detrusor.
- Educació per a autocateterismes.
- Incontinència urinària senil.
- Preparació, atenció continuada i educació sanitària en derivacions urinàries: urostomies o neobufetes ortotòpiques.
- Incontinència postadenomectomia, pre i postprostatectomia radical.

Sòl pelvià obstètric

- Prolapses.
- Debilitat perineal postpart.

Complex anorectal

- Incontinència fecal.
- Estrenyiment terminal.
- Preparació, atenció continuada i educació sanitària en ostomies.

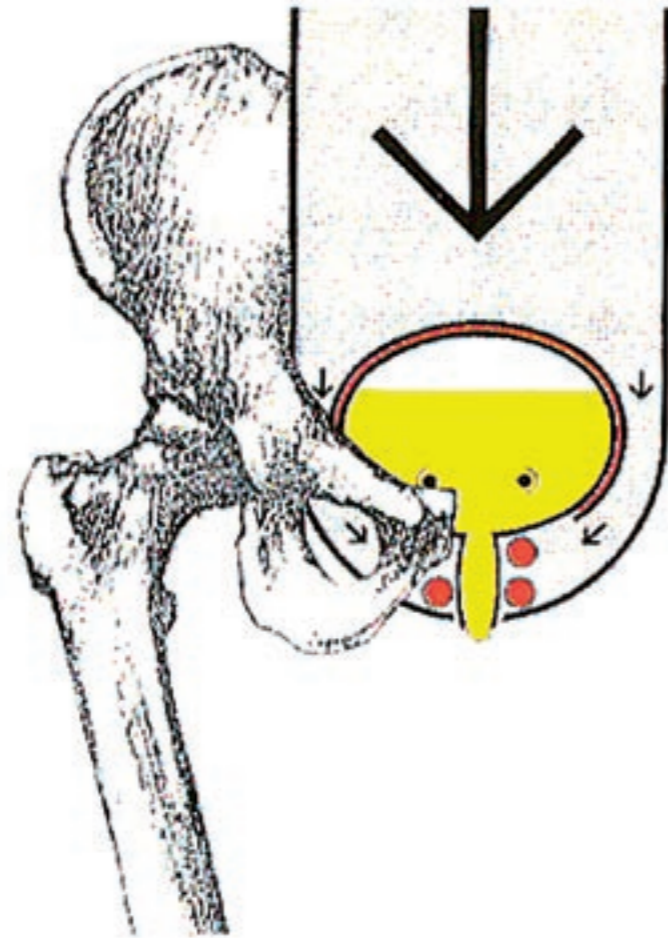
Pel que fa a l'educació en la prevenció o el tractament de les disfuncions sexuals femenines i també les mas-

culines, hi ha diferents tipus de tractaments conservadors: farmacològic i reeducació sòl pelvià.

Consulta d'infermeria. Reeducació del sòl pelvià

- Atenció individualitzada.
- Avaluació inicial: valoració general i específica.
- Participació activa del client: presa de consciència del problema. Solució conjunta.
- Modificació d'hàbits higiènics.
- Teràpies comportamentals.
- Educació en: higiene, vestit, esport, dieta.
- Valoració d'estrenyiment, obesitat, tabaquisme..., estil de vida.
- Valoració entorn: accés al vàter, presència de cuidadors...
- Disponibilitat i utilització d'absorbents i col·lectors.
- Fisioteràpia: passiva, activa. Cinesiteràpia, electroestimulació funcional, bioelectroalimentació.
- Correcció de l'estàtica vertebral.
- Promoció de nous hàbits de protecció perineal.
- Autocateterismes, si cal.
- Educació per a l'administració de prostaglandines en les disfuncions sexuals masculines. Valoració de les disfuncions sexuals femenines. Derivació, si cal.

PRESION ABDOMINAL



- Millora de la qualitat de vida.
- Valoració de la satisfacció de l'usuari
- A domicili
- Cinesiteràpia
- Electroestimulador portàtil.
- Conos vaginals.

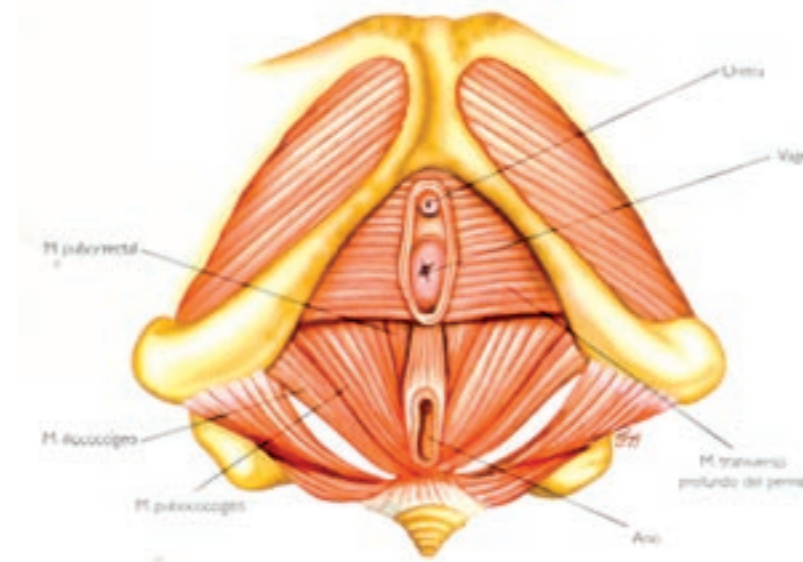
Només us vull dir...

Per acabar, voldria compartir amb tots el meu criteri des del respecte de la meua perspectiva professional, amb la formació i l'experiència adquirides aquests anys com a educadora per a la continència.

La reeducació del sòl pelvià té una importància crucial en les disfuncions perineals i encara més en la seva prevenció. Com a tractament, és conservador, sense efectes nocius en absolut i, com tot, si està ben indicat, amb una eficiència notable respecte a l'augment de la qualitat de la vida posterior.

En la dona, hi ha moments al llarg de la seva vida, com en el pre i postpart, en una pre i postintervenció abdominal o perineal o en la menopausa en què és imprescindible una atenció guiada professionalment. L'evidència ens demostra que aquesta teràpia ha d'estar conduïda per un expert^{8,9}.

En l'home, també hi ha un temps en la seva vida, per diferents causes ja esmentades, en què l'educació per la



continència requereix un toc d'atenció. El client se sent atès i motivat per un professional que l'orienta i el tracta en els seus problemes, li gestiona les proves diagnòstiques demanades, el deriva si és necessari, li dóna suport amb una atenció continuada i el forma per prevenir situacions més complexes. Finalment, informa dels resultats l'especialista mèdic de referència.

Ara bé, el punt fort el trobem en la prevenció. Sobretot, en noies adolescents abans d'arribar a situacions de risc. No tant com a teràpia, sinó com a formació en el manteniment d'una part del seu cos que tindrà una importància crucial en la seva vida i la qual, per norma social, se'ls ha restringit: relacions sexuals, esport, disparèunies, hàbits higienicodietètics, posició vertebral...

L'estructura d'atenció mèdica

Tant l'estructura d'atenció mèdica actual com la distribució de la despesa pública en sanitat, en què es prioritzen les urgències o situacions amb perill per la vida (de fet, aquestes disfuncions només empitjoren la qualitat de vida, la butxaca personal de qui les pateix i són feixugues de solucionar), així com, per altra banda, els clients,

amb la dificultat afegida de no poder expressar-se amb tranquil·litat per ser tema tabú, i, a més, el fet que encara no tenim clares quines opcions terapèutiques hi ha en el nostre àmbit ni les possibilitats d'accés, fan que entre tots aconseguim les condicions idònies per deixar de banda, inacabats, uns problemes socials i de salut que, lluny de disminuir, van en augment en la nostra societat.

I això, si no ho aturem, tindrà un

◆ **L'especialista ha de prevenir abans d'arribar a situacions de risc**

◆ **És molt important la col·laboració dels especialistes en aquest àmbit**

BIBLIOGRAFIA

- (1) Harrison S.C.W., Abrams P.: "Postprostatectomy incontinence". A: *Urodynamics: Principles, practice and applications* 2a edició. Churchill-Livingstone. Edinburg, 1994.
- (2) Virseda Chamorro, M.; Salinas Casado, J.: "Incontinència urinària postprostatectomia". Capítol 4 *Tratado de reeducación en urogineproctología*.
- (3) Abrams, P.; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rosier, P.; Ulmsten, U.; Van Kerrebroeck, P.; Victor, A.; Wein, A.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society: "The standardisation of terminology

- of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society". *NeuroUrol Urodyn.* 2002;21 (2):167-78.
- (4) Espunya, Montserrat; Salinas, Jesús: "Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria". *Ars Medica*. Barcelona, España, 2004.
 - (5) Hodgkinson, C.P.; Doub, H.P. "Roentgen study of urethrovesical relationships in female urinary stress incontinence". *Radiology*, 1954; 61:335-45.
 - (6) De Lancey JOL. "Structural support of the urethra as it relates the stress urinary incontinence: the hammock hypothesis". *Am*

cost que ens passarà factura. A més, la demanda que ens planteja el sòl pelvià és multidimensional, perquè es dóna en cada persona i aquesta, per ser única, comporta una gran diversitat bio-psico-social. Per tant, crec prioritari instaurar consultes multidisciplinàries amb guies clíniques segons patologies, perquè professionals i clients ens sentim segurs i amb eines d'evidència científica per poder, per un costat, investigar per millorar i, per l'altre, saber quan i com hem d'actuar.

Simposi sobre incontinència

Aprofito per convidar-vos al Simposi Nacional sobre Incontinència i Disfuncions Pelvi-perineals que se celebrarà el 28 d'octubre del 2006, on tindrem l'honor de gaudir de la presència de ponents de renom nacional de les diferents disciplines que compartim l'atenció del sòl pelvià, tant en el vessant assistencial com en la primària.

Uròlegs, ginecòlegs, medicina de família, rehabilitadors, fisioterapeutes, psicòlegs, infermeria d'urologia, mediació quirúrgica, maternoinfantil... i tots els professionals de la salut que ho considereu adient ens trobarem un dia per aprendre la teòrica i l'aplicació, tant en els debats de les taules rodones com en els tallers pràctics.

La gràcia d'aquesta jornada és, com en tot congrés, poder millorar el desenvolupament de les nostres competències, però s'hi afegeix un detall: no només és de forma particular, sinó dins d'una concepció global que ens ajudi a potenciar la col·laboració interdisciplinària per arribar així a l'excel·lència en la qualitat d'atenció.

I tenim l'honor que, aquest esdeveniment nacional, tindrà lloc a la nostra estimada Lleida, a l'Edifici Emblemàtic de la Universitat. Per tant, voldria donar des d'aquí les gràcies a tots els centres de la ciutat per l'exemple de solidaritat i col·laboració en l'organització: Hospital Arnau de Vilanova, Hospital Santa Maria, Clínica de Ponent de l'Aliança, Hospital Montserrat, Clínica Perpetuo Socorro i els CAP de la ciutat.

I gràcies també a tots vosaltres per haver arribat fins aquí!

- J Obstet Gynecol*, 1994; 170:1713-23.
- (7) Petros, P.E.; Ulmsten, U. "An integral theory of female urinary incontinence". *Acta Scand Gynecol*, 1990; 69 (suppl 153):1-79.
 - (8) Norton, C. "Organización de la atención a la incontinencia. Modelo británico". A: *Primer curso de actualización sobre incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer*. Madrid: Ediciones Mayo; 1999.
 - (9) Norton, C. *Nursing for Continence*. 2a rev. Ed. Beacocksfield, Bucks, (UK): *Beacocksfield Publishers LTD*; 1996.
 - (10) Roe, B. *Clinical Nursing Practice: The promotion and Management of Continence*.

Influència d'Arnau de Vilanova en els metges catalans

El 10 de juny d'enguany va tenir lloc a Lleida la vuitena reunió conjunta de les seccions balear, catalana i valenciana de l'Acadèmia Espanyola de Dermatologia. Les sessions es van dur a terme a l'Hospital Arnau de Vilanova i el seu organitzador, el professor titular de la Facultat de Medicina i cap del Servei de Dermatologia de l'Hospital, el doctor Josep Manel Casanova i Seuma, va tenir la gentilesa d'invitar-me a parlar d'Arnau de Vilanova, atès que enguany es compleix el cinquantenari de la fundació de l'hospital que porta el seu nom.

Doctors Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

Quan m'ho va dir vaig pensar que és molt difícil dir coses noves sobre el mestre Arnau si pensem que la seva figura ha estat molt ben estudiada per especialistes procedents de diversos camps, sobretot a partir del segle XIX, alguns dels quals han brillat com autèntics arnaldians. Recordem, entre nosaltres, Menéndez y Pelayo, Carerras Artau, Paniagua, el pare Batllori, el benedictí de Montserrat Joan Parellada, Antoni Cardoner, Francisco Guerra i altres que augmentarien amb escreix aquesta petita llista.

Fa uns anys vaig estar immers en la investigació de la literatura mèdica dels metges catalans, és a dir, mirava de saber quins eren els autors mèdics que més van influir en els nostres metges dels segles XV al XVIII. Naturalment, Arnau de Vilanova era un dels més llegits.

Si bé tothom coneix la figura de Ramon Llull (1235-1316) perquè ens la van ensenyar ja en el batxillerat, la del seu contemporani Arnau de Vilanova és gairebé desconeguda pel públic en general. Sempre, fins als nostres dies, s'havien valorat més les figures literàries que no pas les científiques. Actualment, però, tant un personatge com l'altre es consideren dos catalans universals de la mateixa categoria dins el món intel·lectual de la baixa edat mitjana.

L'any 1238, Jaume I va reconquerir València i es pensa que els pares d'Arnau de Vilanova eren jueus catalans o provençals que, com molts d'altres, es

van instal·lar a València com a repobladors un cop reconquerida la ciutat. Arnau de Vilanova va néixer entre el 1235 i el 1240 i va morir el 1311, probablement el 6 de setembre.

Si s'accepta que ja de molt petit el nen Arnau vivia a València, ciutat on hi havia aleshores molta població musulmana barrejada amb la cristiana, és fàcil pensar que aprendria l'àrab al carrer, sense necessitat d'estudiar-lo. El seu bilingüisme inicial li serviria molt per a la gran tasca mèdica a la qual estava destinat, atès que molts dels coneixements clàssics de la medicina es trobaven aleshores en els escrits dels metges musulmans. Es diu que les beceroles les devia aprendre als dominics, ordre mendicant que també es dedicava a l'ensenyança en els seus convents.

Graduació a Montpeller

Vers el 1260, quan ja havia arribat a la vintena, va anar a estudiar a Montpeller, on es graduà de mestre en medicina cap al 1266. En aquesta ciutat devia conèixer la que seria la seva muller, Agnès Blasi, filla d'uns comerciants instal·lats allí. Arnau es va poder casar perquè, si bé era clergue perquè havia rebut la tonsura, no va rebre les ordres majors. Van tenir una filla, Maria, que va ser religiosa en un convent de València. Dos nebots de la seva muller, Joan i Ermengol Blasi, van ser metges coneguts, sobretot el segon com a traductor d'autors



Imatge d'Arnau de Vilanova (Facultat de Medicina de Montpeller)

.....

hebreus i com a metge de cambra del rei Jaume II. Es creu que Arnau també va estar a Nàpols, on va aprendre al costat de Joan de Casamiciola (+1282), professor de la seva universitat. De fet, el seu *Breviarium practicae* el va dedicar a la memòria d'aquest mestre napolità. També devia freqüentar Salern i altres llocs, atès el seu tarannà viatger.

Arnau de Vilanova, autodidacte de soca-rel, va adquirir una formació científica sòlida i també popular. Coneixia a fons Galè, el gran teòric Avicenna i el gran clínic Razi. El 1281, cap a la quarantena, el va contractar la casa reial aragonesa (Pere III el Gran) amb una conducta de 2.000 sous barcelonesos anuals pagats en tres terminis i amb l'obligació de residir a Barcelona. Vers el 1285, el rei li regalà el castell d'Ollers

(Conca de Barberà).

Després de morir el rei a Vilafranca del Penedès assistit per Arnau, va continuar els seus serveis a la casa reial, però sense l'obligació de residir a Barcelona. Aleshores devia anar a viure a València i es traslladava a Barcelona quan convenia.

El 1291, quan ja tenia més de 50 anys, va ser nomenat catedràtic de la Facultat de Medicina de Montpeller, al mateix temps que iniciava el regnat Jaume II el Just i que la seva filla Maria ingressava al convent dominicà de Santa Maria Magdalena de València. Jaume II el va tenir com a metge, gran amic i conseller.

A Montpeller va gaudir d'un gran prestigi, va escriure, va formar diverses generacions de metges i va adquirir una casa que encara es conservava al segle XVIII, la façana de la qual estava adornada amb figures màgiques que el poble relacionava amb la fama de nigromant d'Arnau.

El 1309, ja cap al final de l'etapa de professor de Montpeller, es va posar en pràctica el pla d'estudis que ell mateix havia aconsellat al papa Climent VIII. La seva obra *Speculum medicine* segueix aquest pla. És un llibre que intenta aclarir el que estava fosc en Galè. Segons aquest pla, els estudiants havien de conèixer les principals obres de Galè i d'Avicenna, encara que les d'aquest es podien

podia veure el seu sepulcre. En el seu testament havia dit que l'enterressin on el sorprengués la mort.

El 1318, set anys després de la seva mort, es va fer l'inventari dels seus béns, el qual es va trobar a la Catedral de València a principis del segle XX, al mateix temps que es va descobrir a Verdú el famós tractat de preservació de pestilència del metge lleidatà Jaume d'Agramunt, mor aquest el 1348 a causa de la pesta. La biblioteca d'Arnau la formaven uns 224 llibres, xifra molt alta per l'època.

El paper de la Inquisició

La Inquisició va revisar la seva obra i el 6 de novembre de 1316, cinc anys després de la seva mort, es va preparar la sentència a la Catedral de Tarragona i es van condemnar 14 proposicions d'Arnau i tota la seva obra teològica. Es va comunicar l'excomunió a qui retingués per més de deu dies obra d'Arnau en tota la província tarraconense.

No se sap el final d'aquesta repressió inquisitorial, ja que el paborde Conesa impugnà la sentència amb el fonament que Arnau havia estat metge i amic de papes i havia de ser la Santa Seu qui tingués l'última paraula.

El record d'Arnau es va esborrar gradualment amb el pas del temps. S'ha dit que en l'imaginari popular va

- ◆ L'any 1378, Arnau de Vilanova va anunciar la fi del món i l'arribada de l'Anticrist
- ◆ Els deu últims anys de la seva vida van girar entorn dels seus ideals espirituals

substituir per les de Razi i les d'Isaac. La carrera, com actualment, durava sis anys.

Els deu últims anys de la seva vida va estar molt capficat a proclamar els seus ideals espirituals, amb idees apocalíptiques i afany de reformar l'Església.

Ja cap al final de la seva existència va llegir un escrit davant el consell papal sobre els somnis profètics que havien tingut els dos reis germans Jaume II i Frederic III (rei de Sicília). Va dir que aquests somnis eren visions que anaven contra la fe cristiana. Quan se n'assabentà Jaume II, es va disgustar molt, al contrari que Frederic III, que el va protegir a Sicília, on es va refugiar.

Quan des de Nàpols —on realitzava gestions diplomàtiques amb el rei Robert de part de Frederic III— es dirigia a Avinyó a veure el Papa, Arnau va morir a Gènova, ciutat on el van enterrar i on encara al segle XVII es

quedar com una persona misteriosa, alquimista i amb poders màgics. No és estranya aquesta percepció popular si es té en compte que Arnau sostenia que les fetilleries podien provocar malalties i solament es podien combatre amb amulets. En una de les seves obres, *De sigillis* (amulets), descriu l'elaboració d'amulets d'acord amb la situació de les constel·lacions i planetes al firmament. En confeccionà un d'or en què va gravar una figura de lleó per guarir uns dolors lumbar del papa Bonifaci VIII.

Menéndez y Pelayo el veia com un desequilibrat i també el pare Batllori. El psiquiatre Ramon Sarró no el considerava un herètic total sinó un heterodox dintre de l'ortodòxia. Arnau va estar molt interessat en la teologia i en la reforma de l'Església cristiana i va anunciar la fi del món i l'arribada de l'Anticrist l'any 1378.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Als arxius francesos, s'hi trobaven còpies de les seves obres fins a començaments del segle XVI, època en la qual foren recollides per Tomas Murchi i lliurades a l'estampa.

Segons Antoni Cardoner, va ser al renaixement que les obres d'Arnau van ser més apreciades i editades. I el pare Batllori deia que com a reformador espiritual havia bescantat l'escolàstica filosòfica i teològica, de manera que si la medicina escolàstica era una ciència apriorística i deductiva, la medicina arnaldiana, tot i dependre de les fonts clàssiques, tenia un ressò pragmàtic i empíric que li va donar fama en vida i durant tres segles seguits. Arnau, en la seva activitat mèdica, va barrejar la docència i la pràctica. Va ser un professor que exercia.

Obres destacades

El professor Ramon Sarro dividí l'obra d'Arnau en tres grups: mèdica (perfeccionament de l'escola de Salern), teològica (idea de l'Anticrist i acostament al judici final) i alquímica (recerca de la pedra filosofal).

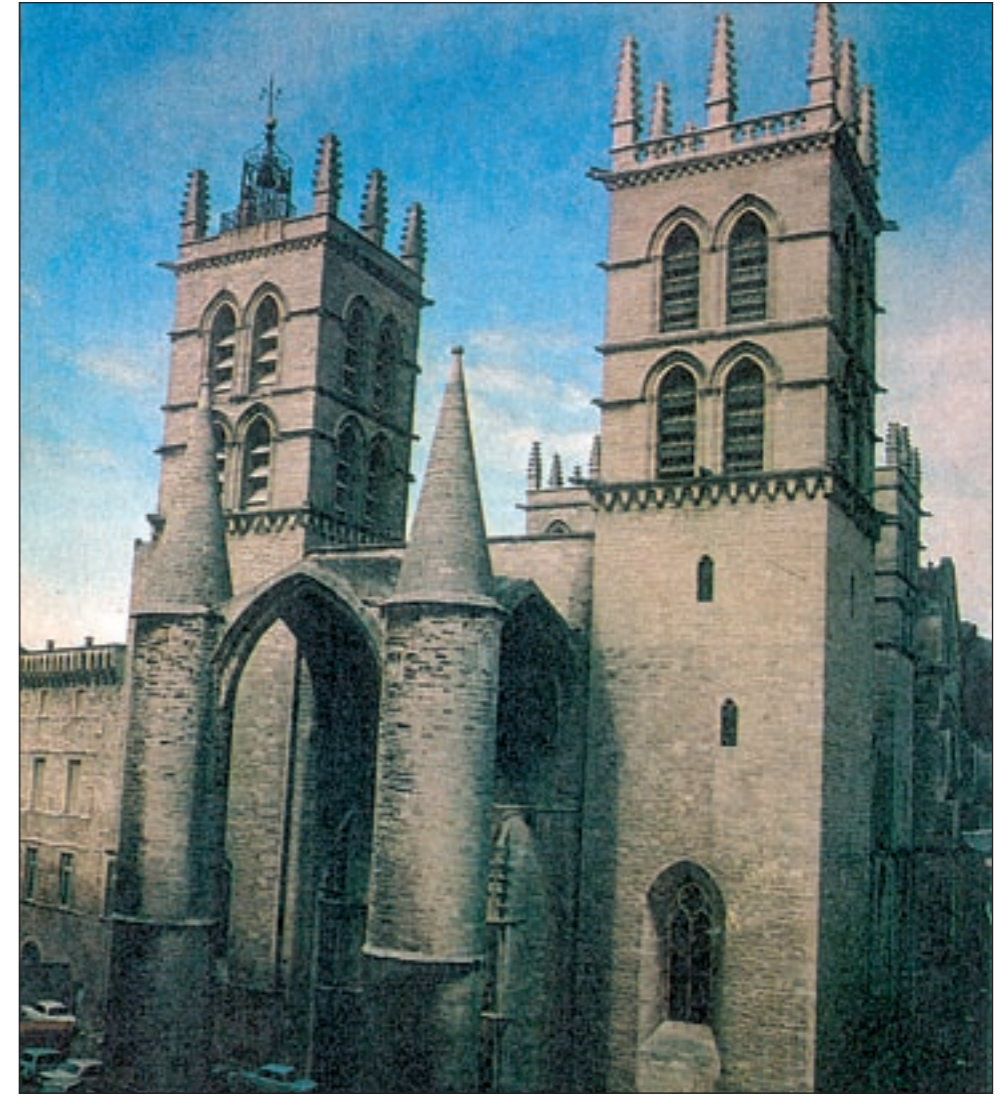
Nosaltres vàrem estudiar les biblioteques de 17 metges catalans dels segles XV al XVIII. Si deixem de banda els autors moderns que es trobaven a les biblioteques, molt prolífics i molt llegits pels seus contemporanis a causa de la novetat de la impremta, veurem que perdurava la influència dels metges antics i dels metges universitaris de la baixa edat mitjana. Així, per ordre de freqüència, continuaven en vigor Galè (present en el 94,11% de les biblioteques estudiades), Hipòcrates (58,82%), Bernat de Gordon (52,94%), Avicenna (47,05%) i Arnau de Vilanova (41,17%).

Arnau ocupa la cinquena posició. Si separem els autors antics, és a dir, Galè, Hipòcrates i Avicenna, veurem que Bernat de Gordon, contemporani d'Arnau i professor també de Montpeller, passa per davant d'Arnau.

Bernat de Gordon (1260-1320), el mateix que Arnau, no se sap del cert on va néixer. Uns diuen que era natural de Gordon (Guyenne) i altres que era escocès. Va estudiar a Salern i va ensenyar a Montpeller del 1283 al 1308. Arnau ho va fer del 1291 al 1311. Per tant, van coincidir a la facultat durant 17 anys. La fama de Gordon es deu al seu llibre de medicina titulat *Lilium medicinae* (1300-1305) o *De morborum prope omnium curatione*, pertanyent al gènere literari dels lili-um, que, com els rosa, eren escrits mèdics escolàstics de caràcter molt pràctic, on es descrivien les causes, els signes, el pronòstic i el tractament de cada malaltia. En l'esmentat llibre, Gordon va descriure per primera vegada el braguer herniari i les ulleres monoculars o *oculus berillinus* (fetes de beril, mineral compost de silicat de



Bernat de Gordon a la càtedra



Catedral de Sant Pere de Montpeller

- ◆ **L'obra d'Arnau es divideix en tres grups: mèdica, teològica i alquímica**
- ◆ **Bernat de Gordon va descriure per primer cop el braguer herniari**
- ◆ **El 'Breviarium practice' és la seva obra de pràctica mèdica més extensa**

beril·li i silicat d'alumini). Segurament, el caràcter tan pràctic del llibre de Gordon ha fet que superés l'obra d'Arnau com a llibre de consulta dels metges catalans posteriors als segles XV, XVI i bona part del XVII.

Un cop aclarit això, les obres concretes d'Arnau que més es llegien són, per ordre de freqüència, les següents: obres completes (17,64%), pràctica mèdica (11,76%), de *conservanda valetudine* (11,76%), de *syrupis* (5,88%), antidotari (5,88%) i altres no especificades (17,64%).

Les obres completes d'Arnau les hem trobat en tres biblioteques de les disset estudiades, amb inscripcions diferents.

El doctor Miquel de Montleó, de Barcelona, l'any 1514 tenia a la seva biblioteca "totes les obres d'Arnau". Aquest metge exercia a la parròquia de Sant Miquel de Barcelona, prop del forn d'en Manresa. Era benestant, amb propietats a Falset, i tenia una mula roja amb la guarnició necessària per fer les visites a domicili. La seva biblioteca es componia de 97 llibres, 61 dels quals eren de medicina.

El doctor Claudi Mas, de Barcelona, l'any 1567 tenia a la seva biblioteca el



M. Menéndez y Pelayo va estudiar també la figura d'Arnau de Vilanova

llibre *Arnaldi de Vilanova omnia opera*. Aquest metge vivia al carrer d'en Gimnàs, on la seva muller duia a terme l'exercici de l'or, és a dir, fabricava i comerciava fils d'or. La biblioteca estava formada per 682 volums, 645 dels quals eren de medicina. Una aportació interessant de l'estudi de l'inventari dels béns del doctor Mas és que tenia dues robes llargues de doctor, de *contray*, amb una gira de vellut negre, la qual cosa demostra que, en la seva època, els metges de Barcelona anaven vestits de llarg, com a distintiu de la seva professió.

L'«Speculum medicine»

El doctor Acicli Compte, de Barcelona, l'any 1584 tenia l'obra *Opera Arnaldi de Vilanova*. Aquest metge es desplaçava amb una mula negra, era solter i no tenia gaires béns materials, tret de 102 llibres de medicina i 57 d'altres matèries.

Totes aquestes obres completes d'Arnau es van imprimir per primer cop en un volum a Lió el 1504 i inclouen el *Regimen sanitatis* (dedicat a Jaume II), el *Breviarium practice*, l'*Speculum medicine* i diversos llibres d'alquímia,

plantes medicinals i altres temes.

L'*Speculum medicine* és de les obres més extenses d'Arnau i és amb la que es va basar el pla d'estudis de Montpeller de 1309. És una obra feta per aclarir el que estava fosc en Galè i és la més teòrica i doctrinal de l'autor.

Els llibres de pràctica de medicina els hem trobat en dues llibreries. Un volum a la de l'esmentat doctor Claudi Mas, amb el títol d'*Arnaldi praticha in medicina*, i dos volums a la del doctor de Barcelona Geroni Roig, de l'any 1637, amb els títols de *Practica medicinae de Vilanova* i *Arnaldi Vilanovani practica*.

El doctor Geroni Roig vivia, com el doctor Claudi Mas, al carrer d'en Gimnàs. Era fill del doctor en medicina Jaume Antich Roig, que havia exercit a Calaf i Prats de Rei, on tenia propietats i també a Tàrraga. El seu fill va ser també molt ric i era col·leccionista de rellotges i d'obres d'art de caràcter religiós. Geroni Roig posseïa un caprot de doctor i una gorra de conseller, detalls que ens indiquen la seva categoria acadèmica i política a Barcelona. Posseïa 782 llibres, entre els quals hi

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

havia més de 40 manuscrits, 4 dels quals escrits per ell mateix sobre obres d'Hipòcrates i Galè.

L'obra més important de pràctica de la medicina d'Arnau és el *Breviarium practice*, la més extensa de l'autor, la qual està dividida en quatre llibres. Els dos primers estudien les malalties ordenades des del cap fins als peus; el tercer tracta de ginecologia i de les mossegades verinoses; i en el quart s'estudien les febres. L'obra conté 500 fórmules de 70 autors i en la redacció hi ha exemples extrets de la saviesa popular, que mereixia tot el respecte d'Arnau. En aquest sentit, no són rares expressions com "em va dir certa vella", "l'emplastre que vaig veure usar a una dona i està provat el seu èxit", etc. El llibre va ser imprès a Milà el 1483 i després va ser reeditat diverses vegades.

Hem trobat dos llibres de conservació de la salut, un a la biblioteca del metge barceloní Hierònim Mediona, de l'any 1603, amb el títol de *Vilanova de conservanda valetudine*, i l'altre a la llibreria del metge barceloní Pere Josep Mascaró, de l'any 1590, amb el títol de *De conservanda bona valetudine*.

Aquests llibres pertanyen al gènere dels *regimina sanitatis*, escrits d'higiene iniciats a l'Escola de Salern i que van proliferar molt al final del segle XIII i al segle XIV. Es redactaven especialment per a alguna persona particular, però també s'escriu per a l'ensenyament dels metges de la facultat de medicina.

El doctor en arts i medicina Jeroni Mediona va néixer a Figueres i va morir a Barcelona el 1603. Estudià a Montpeller (1556) i va ser catedràtic de medicina i degà del Col·legi de Doctors de Barcelona i Protometges de Catalunya. El 1600 era degà de l'Estudi General de Medicina de Barcelona. La seva filla Maria va encantar els béns del seu pare un cop mort aquest. El doctor Mediona era un home ric i la seva llibreria contenia més de 743 llibres, que tenia classificats en llibres de medicina, de filosofia i d'humanitats i devocions. Curiosament, a l'encant de 21 de novembre de 1603 el canonge de Lleida Bartomeu Gavàs es va quedar amb dos candelers i unes tisores de plata per la quantitat de 26 lliures i 14 sous.

Dr. Pere Joan Mascaró

El doctor Pere Joan Mascaró exercia a Barcelona, ciutat on va morir en temps de pesta. Va encarregar al seu cosí prevere, Andreu Miquel, que custodiés tots els béns que havia deixat a la seva filla Elena i que tingués cura d'aquesta. Vivia al carrer de l'Hospital i feia la visita amb una mula de pel negre, la qual, després de mort, la va comprar el doctor en medicina Pexo per 25 lliures. A diferència d'altres

◆ **Arnau va tenir un contracte de 2.000 sous barcelonesos amb la casa reial**

◆ **Va mantenir una relació d'amistat i confiança amb el rei Jaume II**

◆ **'Regimen sanitatis ad Regem Aragonum' és una de les seves obres més importants**

metges del seu temps, solament tenia 33 llibres de medicina i 17 d'altres matèries.

El més conegut dels escrits d'Arnau sobre conservació de la salut, i segons alguns autors l'únic que va escriure d'aquesta espècie, va ser el famós *Regimen sanitatis ad Regem Aragonum*, escrit particularment per al rei Jaume II, fundador de la Universitat de Lleida. Arnau el coneixia des de petit, ja que va servir el seu pare, Pere III (Pere II en els estats orientals de la Corona), amb un contracte de 2.000 sous barcelonesos vitalicis a partir de 1281, amb l'obligació de residir a Barcelona.

Al novembre de 1285 el va assistir, ja moribund, a Vilafranca del Penedès. Un cop mort el rei, Arnau va seguir amb el contracte de la casa reial, encara que sense l'obligació de residència a Barcelona, però el rei successor, Alfons III, no va utilitzar els seus serveis mèdics. El 1291, arran de la seva mort, el va succeir el seu germà Jaume II. Aleshores, Arnau de Vilanova es trobava a Montpeller, on ocupava una càtedra. Sis anys després, l'abril de 1297, el rei el sol·licità per atendre a Barcelona la reina Blanca d'Anjou del seu segon embaràs i Arnau va romandre a la ciutat fins al mes de setembre, amb uns guanys de 1.000 sous.

Encara que Arnau no va ser mai metge de cambra de Jaume II com ho havia estat del seu pare, el rei el sol·licitava sovint a causa de la seva delicada salut. Però Arnau estava de catedràtic a Montpeller i no volia abandonar la ciutat, on gaudia de

fama com a mestre i com a metge. No obstant això, Jaume II el Just li demanava amb freqüència consell, fet que va crear una relació d'amistat i de confiança entre metge i malalt. En el si d'aquest vincle es va produir l'obra comentada del *Regiment de sanitat* per al Rei d'Aragó. El 1305, el metge de cambra de Jaume II, Ermengol Blasi, nebot precisament d'Arnau, va demanar el consell del seu oncle per curar el rei. Per això, Arnau va passar dos mesos a Barcelona, a on es va traslladar des de Sicília.

Llibres per al rei

Tres anys després, el 1308, el rei li demanava amb insistència que li enviés un llibre per a la preservació de la seva salut. Aquest llibre era l'esmentat *Regiment de sanitat* per al Rei d'Aragó, el qual, ben aviat, abans de 1310, va ser traduït al català pel cirurgià de Barcelona Berenguer Sarriera amb la finalitat que la reina Blanca s'informés de les regles d'higiene.

Doncs bé, el llibre descobert a la biblioteca del doctor Mediona amb el títol *Vilanova de conservanda valetudine* correspon a un llibre de la naturalesa de l'esmentat regiment de sanitat. Hem pogut comprovar l'existència d'una edició d'aquest mateix llibre atribuït a Arnau, feta a Frankfurt l'any 1612, i que es titula *Conservandae bonae valetudinis*, obra que porta la insígnia de Medicina Salernitana.

Hem trobat un antidotari a la biblioteca del metge barcelonès Ramon de Perpinyà, de l'any 1478. El llibre comença amb les paraules "*Planies Ypocras*". Es tracta de l'únic incunable nascut a Espanya, a València, ja que després ja va ser editat formant part d'obres completes d'Arnau. Ramon de Perpinyà vivia en una travessera que anava de l'Argenteria a la davallada de Sant Just i va morir a l'Hospital de la Santa Creu el juliol de 1478.

BIBLIOGRAFIA
CAMPS SURROCA, M.: *Inventaris de metges i cirurgians a Catalunya (segles XIV-XVIII)*. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 2001.

Rectificacions

En l'anterior número del *Butlletí Mèdic*, en la secció d'Història, apareixia la fotografia de Francesc Cava Pintó amb el nom incorrecte de Víctor Cava. Les altres imatges de l'esmentat reportatge són documents d'arxiu.

Xarxa informàtica àmbit Alt Pirineu i Aran: un projecte, una realitat

Durant aquests darrers dos anys, des de la SAP Lleida Nord fins a l'actualitat, amb l'Àmbit Alt Pirineu i Aran, hem anat configurant una xarxa informàtica.

Vam començar proveint la majoria de consultoris de PC, mentre aplicàvem *plans renovats* als pocs que ja existien i que estaven obsolets davant les demandes tecnològiques que es començaven a veure venir en informàtica. A l'instal·lar el nou maquinari aplicàvem tècniques de resolució automàtiques davant els més que probables problemes amb el *software* que podríem tenir a partir d'aquell moment.

Tot això anava acompanyat de les incidències diàries que no podíem deixar de banda, ja que en tot moment se'ns va deixar clar que la nostra raó de ser era donar suport als nostres pro-

fessionals sanitaris i que, per tant, ells eren els primers davant qualsevol incidència.

Acte seguit, després de plantejar-nos donar més serveis, vam equipar-nos amb dos servidors i vam muntar la nostra primera versió d'intranet, <http://ppirineu.cpd1.grupics.intranet>, i un domini per als nostres professionals de la SAP.

Amb la creació de la web Pirineu, la nostra intranet, vam aconseguir crear un lloc d'interconnexió amb tots els nostres professionals sanitaris dispersos pel territori, un territori que, per tothom és sabut, és el de més difícil accés de Catalunya.

Serveis de la web

Aquesta intranet ha crescut fins a l'actualitat i disposa dels següents serveis:

- a- Notícies de l'àmbit.
 - b- Accessos directes als programes corporatius de l'ICS, e-CAP, SIAP, SIAP-Web, Khalix, correu electrònic, NUS sanitari, etc.
 - c- Documentació i plantilles.
 - d- Fitxers d'ajuda.
 - e- Xats.
 - f- Fòrums.
 - g- Enquestes corporatives.
 - h- Blocs de notes privats.
 - i- Arxius particulars.
- En aquest procés de canvi hem passat per diferents etapes pel que fa a les adreces de correu electrònic. Vam començar amb el domini @dapnord.scs.es, fins a arribar a l'actual @salutpirineu.net, a punt de migrar cap al @salutpirineu.cat.

Aquest canvi va venir acompanyat d'una independització de Lleida pel que fa al servei de correu. Vam optar per externalitzar-lo i, per tant, fer-lo accessible des de qualsevol lloc amb connexió a Internet. Aquesta decisió va ser molt aplaudida pels nostres professionals i caps.

Quan ja semblava que teníem el 90% dels llocs de treball amb equipament informàtic, era el moment de donar-los connectivitat ràpida als recursos. Es van migrar la majoria de línies a velocitats superiors i van quedar

com a línies bàsiques, als llocs que podia ser, l'ADSL de 512 kbps. Però, què passava amb aquells llocs on no era possible muntar routers de l'ICS?

Aquest va ser un problema en què les solucions no eren gaire clares i la falta d'experiència i referents d'altres empreses ens feia ser prudents a l'hora de decidir-nos a provar solucions noves. Finalment, vam escollir com a consultori pilot el de Tuixén per muntar el primer radioenllaç de la mà de Banda Ampla, empresa ubicada a Lleida i proveïdora de solucions d'herbanda. Tuixén, poble allunyat i sense cap possibilitat d'accedir a la banda ampla amb els sistemes clàssics, era el poble perfecte per començar.

Ara, i des de l'experiència d'aquest últim any, podem dir que, tot i passar per dificultats al consultori de Tuixén, tenim connexió a la xarxa ICS i, dintre de poc, a altres pobles que ja estem planificant. Tenim els professionals connectats, disposaven d'accés als recursos que l'empresa els oferia per desenvolupar la seva tasca, què calia fer tot seguit? La resposta va ser ràpida, la telemedicina.

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

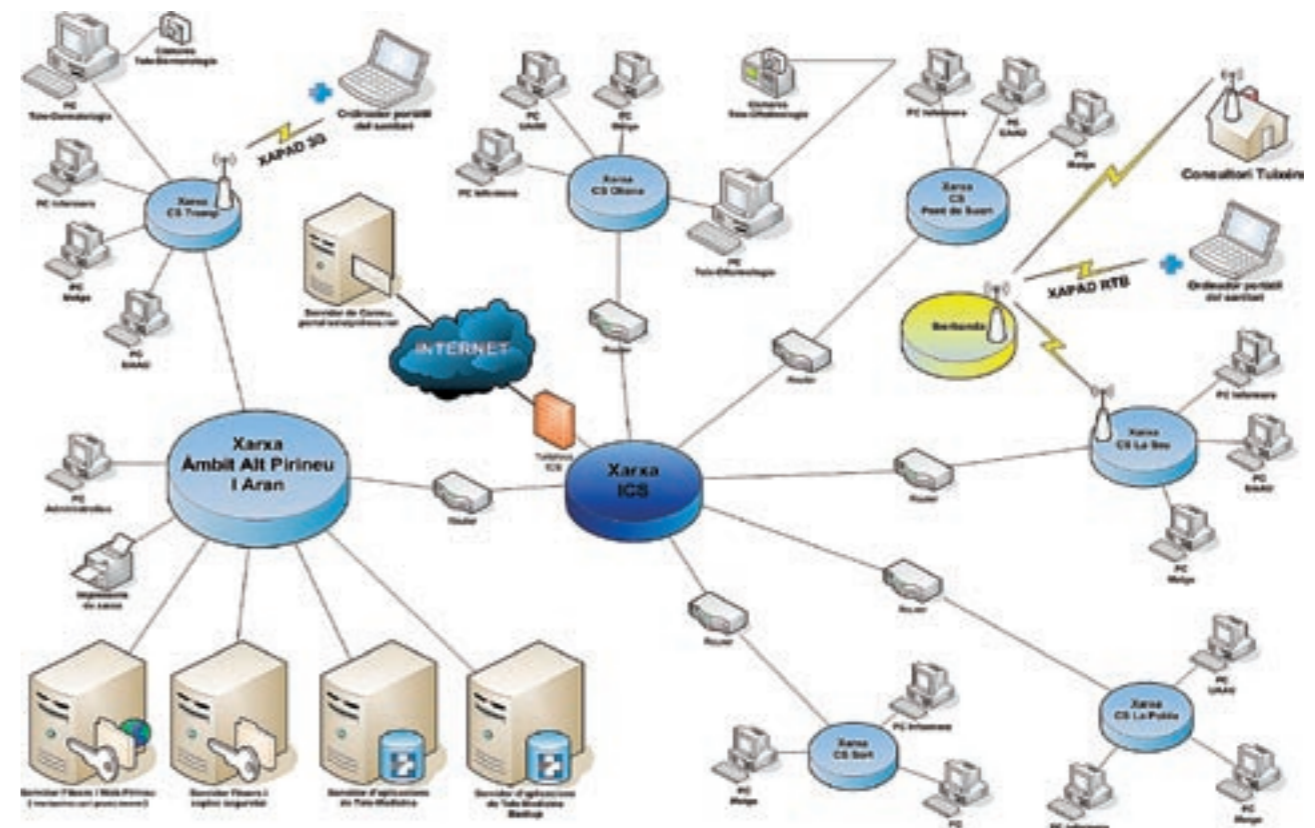


Diagrama de la Xarxa Informàtica de l'Àmbit Alt Pirineu i Aran

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

Vam començar amb la teledermatologia i la teleoftalmologia i, ràpidament, s'hi va adherir, mitjançant Diagnetel, la telecardiologia. La teledermatologia va ser fàcil. Gràcies a la compra d'unes càmeres digitals, els nostres professionals van començar a bombardejar els referents en aquest tema de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida amb fotos dermatològiques perquè els donessin una segona opinió. Tot això va ser senzill de portar a la pràctica, ja que només necessitàvem el correu electrònic, ara accessible des de fora de la xarxa ICS.

La teleoftalmologia va tenir dues fases i va ser molt més complexa. En una primera fase i amb un *hardware* molt deficient vam muntar un programa clàssic client-servidor que permetia la comunicació entre els nostres professionals sanitaris de l'Àmbit Alt Pirineu i Aran i l'ILO Institut Lleida d'Ofalmologia. Aquest sistema suposava que tot professional que volgués participar en temes de teleoftalmologia havia de tenir instal·lat un programa client al seu ordinador, i, a més, tenir la càmera no midriàtica si volia fer fotos i després poder enviar-les.

En aquesta segona fase que estem a dia d'avui el programa ha evolucionat i s'ha transformat en una web que és capaç d'implantar la teleoftalmologia a tot professional sanitari de Catalunya que disposi de connexió a Internet, sense que això suposi cap mena de configuració en el seu maquinari informàtic de la consulta.

Finalment, parlarem de les últimes novetats impulsades des de l'Àmbit Alt Pirineu i Aran, el projecte XAPAD, amb les seves dues variants, RTB i 3G. El projecte XAPAD pretén estendre la xarxa ICS a tots els llocs, o sigui, oferir als nostres professionals sanitaris totes les eines que li ofereix l'ICS, entre aquestes l'e-CAP (històries clíniques), des de tots els llocs on hi hagi connexió telefònica RTB, cas del XAPAD RTB, i des de tots els llocs on hi hagi cobertura de mòbil GPRS o 3G.

Tot això no hagués estat possible sense la participació de:

Sergi Sisó, Pepi Freixanet, Dr. Josep Ramon Casas Iglesias, Dr. José Luis Remón Román, Víctor Visa i Dr. Miquel Buti Solé

L'spam o correu-e no sol·licitat

És més que probable que si sou usuaris de programes de correu electrònic, com ara l'Outlook Express que ve amb el programari de Windows, us hagueu preguntat darrerament qui dimonis són els que es dediquen a enviar-vos nombrosos correus que no heu demanat per oferir-vos fàrmacs com ara el Viagra o altres productes suposadament meravellosos i a preu de ganga, o fins i tot coses molt més estranyes com ara que una suposada entitat bancària en la qual potser no teniu cap compte us demana que li confirmeu les dades o bé el número i la clau de la vostra targeta de crèdit.

Bé, si us ha passat això i heu perdut moltes estones esborrant-los i ho voleu solucionar en la mesura que pugueu, us recomano continuar llegint.

En primer lloc, us he d'aclarir que dels dos exemples que acabo de posar només el primer és l'autèntic *spam* (correu brossa), ja que el segon és, de fet, un frau.

Respecte al correu brossa, o sia, els correus electrònics no sol·licitats, s'ha convertit en un negoci per a determinades empreses que venen els seus serveis a altres empreses que volen vendre determinats productes a milions de potencials clients. És un fenomen molt estès als Estats Units, però que també es dona aquí a Europa.

El primer que us preguntareu és com diables tenen la vostra adreça de correu-e. Doncs, ho fan de diverses maneres, especialment utilitzant determinades pàgines web que ens l'han aconseguit mitjançant programes espia que han obtingut les nostres dades sense que ens n'adonéssim.

Heu de tenir ben clar que quan visiteu una pàgina web no és una cosa tan estàtica i tan anònima com veure la televisió, hi ha, de fet, una comunicació entre la web i el nostre ordinador, mitjançant les famoses galetes (*cookies*) que van quedant a l'ordinador, la qual cosa sovint només és per conèixer les nostres preferències. Però el més perillós és la possibilitat que ens infectin amb un petit programa (*Trojan*), que, sense que ens n'adonem, va enviant informació nostra quan ens connectem a Internet.

Sapigueu que es poden aturar amb programes coneguts amb el nom d'*anti-spyware*, que ja porten incorporats els bons antivirus. Altres cops els han obtingut atacant servidors, d'on obtenen la informació.

Els que siguin usuaris de correu electrònic a través de pàgines web, com ara de Hotmail o Yahoo, tenen menys problemes d'aquesta mena perquè ja incorporen programes anticorreu brossa. Però si



useu l'Outlook Express, o altres de similars, us he de recomanar que instal·leu algun programa anticorreu brossa o bé un bon antivirus que ja el porti incorporat.

Aquests programes anticorreu brossa els trobareu fàcilment en pàgines web com ara www.softonic.es o fent una cerca amb un cercador. N'hi ha de pagament i de gratuïts, els millors són els que usen el sistema conegut amb el nom de Bayes, perquè van aprenent ràpidament si els avisem dels errors que poden tenir quan els comencem a usar.

Bàsicament, ens marquen el correu sospitós perquè vagi a una carpeta a part, on anirem a mirar si ho han fet bé i a recupear algun correu que sí que volíem. També li podem donar llistes negres i blanques, és a dir, d'adreces d'enviament de les quals no volem rebre res o de les quals volem rebre-ho tot. Personalment, jo n'utilit-

zo un de gratuït conegut com a K9 antispy 1.28, i les revistes parlen molt bé d'un altre, l'Spam Bayes 1.0.1. Tots dos són en anglès, però també en trobareu en castellà.

Si accediu a la web www.mundotutoriales.com i us hi registreu podreu accedir a un tutorial en castellà del programa K9 i d'altres. I si useu un cercador i busqueu "tutorial anti-spy", en castellà o en anglès,

en trobareu d'altres.

Respecte al segon cas que us deia al principi, i que afecta especialment les entitats bancàries, es tracta d'un frau, conegut com a *phishing* (pesca), que consisteix a suplantar la identitat d'un determinat banc o caixa, ja que es presenten talment com si fossin aquesta entitat bancària, amb el seu anagrama, i ens expliquen que han tingut un problema informàtic i que els hem de confirmar les nostres dades o si no ens esborraran el compte corrent o la targeta de crèdit que usem.

De fet, el que volen és que els donem les dades del nostre compte o targeta per retirar-ne els nostres diners fraudulentament. No ho feu mai, si teniu cap dubte contacteu amb el vostre banc directament, que mai us demanarà aquestes dades tan sensibles ni per Internet ni per telèfon.

Dr. Josep M. Greoles i Solé



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som
eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:
902 200 200
www.adeslas.es

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

adeslas
ASSEGURANCES DE SALUT



El teu futur com a metge,
ben arrelat

mj
Mutualista Jove

24 hores al dia
de protecció



MutualMédica

Dels Metges
i per als metges

Quant et trobes davant d'una
olivera és fàcil sentir la seguretat i
fortalesa que emana d'ella.

Una sensació atribuïble a la carre-
ra mèdica que ara comences i que
volem enfortir amb els fruits del
producte **MUTUALISTA JOVE**,
amb què pots:

**Optar a la Beca Mutual Mèdica
dotada amb 9.000 €.**

Sol·licitar el Premi de Natalitat.

Disposar d'un assessor personal.

**Optar pel producte MEL com a
alternativa al RETA.**

**Contractar una assegurança de
vida per a la teva hipoteca.**

**Assegurar-te els ingressos encara
que estiguis de baixa laboral.**

Estalviar per al teu futur.



CIM
Centre d'Informació al Metge
901 215 216

www.mutualmedica.com
cim@mutualmedica.com