

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm 18 · setembre de 1999

# Medicina rural a Lleida





Número 18, setembre de 1999

## Edita:

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

## Consell de Redacció:

Manel Camps Surroca  
Ignasi Casado Zuriguel  
Miquel Casanovas Gabal  
Joan Clotet Solsona  
Joan Flores González  
Elena Franco González  
Joaquim Granell Turull  
Josep M<sup>a</sup> Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Pilar Lusilla Palacios  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascal Pujol  
Ferran Pifarré Sanmartín  
Joan Prat Corominas  
Joan Viñas Salas  
Teresa Utges Nogués

## Director:

Joan Flores González

## Edició a cura de:

Magda Ballester. Comunicació

## Disseny i Maquetació:

Baldo Corderroure

## Fotografia:

Lluís Vidal

## Correcció:

Dolors Pont

## Fotomecànica:

Euroscript, SL

## Impressió:

Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-542-1999

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA

COML

## Junta del Col·legi de Metges de Lleida

Xavier Rodamilans de la O  
Josep M. Casanova Seuma  
Josep M. Sagrera Mis  
Rosa M<sup>a</sup> Pérez Pérez  
Sebastià Barranco Tomàs  
Gonzalo Marion Navasa  
Carlos Quereol Vela  
Joan J. Flores González  
Antoni Agelet Pérez  
Josep de Bergua Llop  
Josep Pifarré Barqué  
Ramon Mur Garcés  
Jordi Planella Potrony

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

# Medicina rural i dret a la salut

Les comarques lleidatanes abasten un gran territori amb poques concentracions urbanes. Això provoca una gran dispersió de la població, que necessita les infraestructures adequades per poder gaudir dels mateixos drets sanitaris que la resta de la ciutadania. El dret a la salut s'ha de garantir sigui on sigui el lloc de residència o de treball de les persones.

La presència i el treball dels metges i metgesses en les zones rurals és la millor garantia que el dret a la salut s'exerceix d'una forma igualitària, equitativa i amb qualitat. Per aquesta raó, el Col·legi de Metges opina que els esforços per millorar i ampliar les comunicacions entre les localitats i entre els col·legiats facilitaran la bona utilització dels equipaments sanitaris. A banda de defensar l'existència dels consultoris locals, el Col·legi també creu que se'ls ha de dotar i mantenir correctament.

És necessària, a més, l'actitud generosa dels professionals de la medicina amb l'objectiu de facilitar als usuaris l'adequada resposta sanitària i evitar-los al màxim els desplaçaments inútils als centres de salut, als centres d'especialitats o als hospitals. Cal, així mateix, respondre amb la màxima qualitat davant qualsevol acte mèdic tant si es realitza en un centre urbà com en una zona rural.

Coherent amb aquests criteris, el Col·legi es proposa l'obligació de facilitar el reciclatge dels nostres professionals i ho vol fer apropant l'entitat als col·legiats independentment de la situació geogràfica de la residència o de l'exercici professional.



## sumari

### La història clínica

Àngel Pedra, psiquiatre; Eduardo María Enrech, magistrado juez, i J. Corbella Duch, doctor en Dret.

PÀGINA 4

### Influència genètica en la osteodistrofia real

Doctors Elvira Fernández i Joan Fibla

PÀGINA 7



Foto portada: Lluís Vidal

### Medicina rural a Lleida

Doctors Joan Clotet, Tona Navarro, Eduard Peñascal i Ramon Pujol

PÀGINA 10

### Metgesses i dones remeieres a Lleida

Doctors Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca

PÀGINA 16



# El dret a la informació dels pacients

Doctor Àngel Pedra · Psiquiatre

El dia 3 de juliol de 1999 el diari *La Vanguardia* publicava que Catalunya ordenarà per llei als metges a facilitar la història clínica dels pacients. Una proposició de llei sobre el dret a la informació i autonomia dels pacients, consensuada per totes les forces polítiques, permetrà que els usuaris obtinguin una còpia del seu historial clínic. Tothom parla d'història clínica, però no hi ha una disposició legal estatal que la defineixi, i encara que l'article 61 de la Llei General de Sanitat la menciona, no en dona cap concepte. Per tant, ens hem d'atendre a lo que la ciència mèdica entén com a tal: "document que conté informació de l'usuari on es detallen els contactes que manté amb el professional i els coneixements personals, familiars i clínics referits al pacient".

Caldrà esperar que el redactat de la llei no entri en contradicció amb l'article 18 de la Constitució, que garanteix el dret a la intimitat i al secret de les comunicacions, exceptuant les resolucions judicials, i amb la Llei Orgànica 5/1992, que regula el tractament automatitzat de dades de caràcter personal (LOR-TAD) i que limita l'ús de la informàtica per garantir l'honor i la intimitat personal. Així l'article 14 especifica que els usuaris tindran dret a sol·licitar i obtenir informació de les seves dades de caràcter personal inclosos els fitxers automatitzats de manera llegible i intel·ligible, sense utilitzar codis.

El metge, en construir la història clínica, no solament recull dades clíniques, sinó que plasma anotacions subjectives en relació amb les reaccions i actituds de l'usuari. Això el porta a desenvolupar una creació intel·lectual amb les dades de què disposa i a reflectir una actuació tècnica de valoració personal dels antecedents, diagnòstic, pronòstic i tractaments. Aquesta actuació formaria part de la propietat intel·lectual, segons l'article 10 de la Llei de propietat intel·lectual en la versió aprovada per real decret legislatiu del 12-4-96, que diu: "son objeto de propiedad intelectual todas las creaciones originales literarias, artísticas o científicas expresadas por cualquier medio o soporte, tangible o intangible, actualmente conocido

o que se invente en el futuro". L'expressió "creaciones originales científicas" estaria dins el cas que ens ocupa i, per tant seria una propietat intel·lectual.

Així, doncs, el metge és propietari de la història clínica que redacta o elabora. A tall d'exemple discutirem de qui és propietat la biografia de Napoleó escrita per Emil Ludwing. Això, que sembla clar per als professionals lliures, és més discutible per als facultatius que desenvolupen l'activitat professional en un centre hospitalari. Aquí, ells no són propietaris de les històries que elaboren, perquè la seva confecció forma part inseparable del deure de prestació pròpia de la relació laboral o estatuària del metge amb el centre, com estableix l'article 4.2 de l'Estatut dels Treballadors. Per tant, les històries serien propietat del centre o de l'Administració de la qual un depèn contractualment. No obstant això, entenc que el facultatiu pot exigir respecte i integritat per a la seva obra i impedir qualsevol deformació, modificació, alteració o atemptat envers ella.

El fet que la història clínica estigui a disposició dels malalts i dels facultatius, com estableix l'article 61 de la Llei general de sanitat, és perquè aquesta conté dades de l'usuari i aquest té dret que se li subministri una informació completa i continuada, ja sigui de forma oral o escrita, que inclogui diagnòstic, tractament i pronòstic mitjançant certificat, informe o epícrisi.

Crec que si s'aprova aquesta llei sobre l'accés de l'usuari a la seva història clínica, podrien donar-se els següents casos:

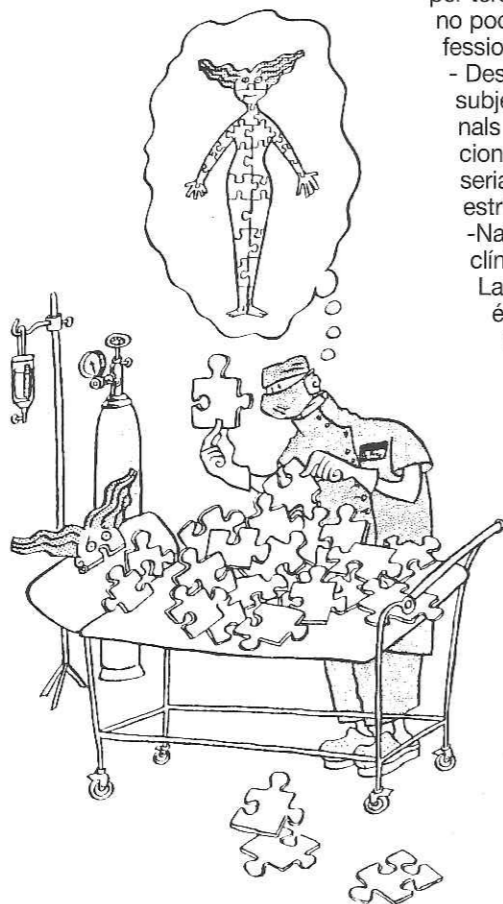
- Dificultats de l'usuari per a la comprensió exacta de la història amb risc d'errors d'interpretació, que podran perjudicar-lo més que ajudar-lo com en el cas de malalties terminals, psíquiques o sexuals.

- Resistència dels professionals a incloure informació proporcionada per terceres persones si aquestes no poden estar sota el secret professional.

- Desaparició de les anotacions subjectives que fan els professionals sobre les situacions i reaccions dels usuaris. La història seria un document de dades estrictament clíniques.

- Naixement d'una doble història clínica.

La finalitat de la història clínica és beneficiar el pacient i es converteix en un document amb una base de dades important. Qui garanteix que, a banda de l'accés de l'usuari, posteriorment no pot aprovar-se una llei que permeti vendre l'historial mèdic? El Congrés dels EUA ho acaba de fer i asseguradores, companyies financeres, banca i partits polítics podran accedir a les dades sanitàries dels seus clients.



No es desde luego una cuestión pacífica ni está ajena a controversias y polémicas, como ocurrió

este verano en relación a la adjudicación a una empresa privada de la gestión de los archivos, y por ende de las historias clínicas, del Hospital Doce de Octubre de Madrid. La noticia provocó no sólo protestas de sindicatos médicos y profesionales, sino también de asociaciones de consumidores. Otro punto polémico es su ajuste a las nuevas tecnologías, que permiten llevar en bandas magnéticas de tarjetas de memoria electrónica, que digitalizan todos los datos médicos del paciente, y que éste lleva materialmente en su cartera.

Y no se trata en este artículo de hacer un listado exhaustivo de normativa aplicable, ni siquiera de hacer una exposición doctrinal —otros momentos hay para ello—, sino de realizar una aproximación al aspecto jurídico que la historia clínica genera en relación con el acceso a la misma.

Hay que partir de que la redacción de la historia clínica constituye una obligación legal, directamente derivada del art. 10 de la Ley General de Sanidad, que además impone el deber de su custodia al centro hospitalario. En la historia aparecen además de los datos de identificación del paciente, datos directa o indirectamente relativos a su enfermedad aportados por el propio paciente, deducidos por el médico u obtenidos de terceros (como familiares), y especialmente, los resultados de las exploraciones directas o indirectas, que llevan al juicio técnico derivado de los conocimientos profesionales del médico, así como la emisión de un juicio diagnóstico y pronóstico, la prescripción del tratamiento correspondiente y su evolución. a todo ello hay que añadir anotaciones subjetivas de los redactores o la plasmación de conductas o reacciones del paciente ante el tratamiento, que son de indudable valor.

Y está claro con este contenido que la historia clínica pertenece a la institución hospitalaria, —estamos en el marco del médico trabajador en un centro público—, y así lo recoge expresamente, por ejemplo, el Decreto de 25 de Abril de 1988, de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Valencia (D.O. Comunidad de Valencia nº 817), aunque no la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de Abril (LGS). Pero esta propiedad no puede considerarse de modo absoluto, especialmente por la colisión de derechos que la misma historia clínica, y sobre todo su acceso, pueden gene-

# ¿De quién es la historia clínica?

Eduardo María Enrech · Magistrado Juez

rar.

El art. 18-1º de la Constitución reconoce expresamente el derecho a la intimidad y a la propia imagen, con especial limitación al uso de la informática en este campo. Por lo tanto, el principio más fuertemente tutelado debe ser siempre el de la intimidad del paciente, que se impone ante otros como el secreto profesional, y frente al que pueden prevalecer, en determinadas circunstancias, otros de interés general como de inspección sanitaria, fines científicos o salud pública.

El acceso a la historia clínica es el

● **El principio más tutelado debe ser siempre el de la intimidad del paciente**

reverso de la premisa principal de protección del derecho a la intimidad del paciente. Evidentemente, si la historia es propiedad del centro y éste tiene el deber de custodia, el primero que tiene reconocido el derecho de acceso a la misma es el propio paciente. Así lo reconoce el art. 61 de la LGS, al indicar que estará a disposición de los enfermos. Ello debe predicarse de todo soporte material, papel o informático, en que pueda recogerse la historia clínica. El problema puede surgir con relación a qué partes de la historia puede acceder el paciente, ya que la LGS nada dice y podría entenderse que no hay limitación alguna al respecto. No es lo mismo la historia clínica, que el informe de

alta o la información directa y personal del médico, como intermediario entre el paciente y la historia clínica, porque son derechos legales distintos reconocidos así en la LGS, por lo que, en caso de que lo solicite, deberá darse al paciente copia de la historia clínica de la que se hayan eliminado las apreciaciones subjetivas del médico para proteger al profesional. Sin embargo, cuando lo que se pretende es la continuación del tratamiento en otro centro, tales apreciaciones subjetivas del médico tienen un indudable valor para el nuevo equipo. Pero, en este caso se remitiría copia íntegra de la historia clínica, directamente al nuevo centro o médico encargado, sin dársela materialmente al paciente. Puede también reclamarse la historia clínica para una investigación judicial, en donde tiene un valor de prueba de máxima importancia. El derecho fundamental a la obtención de tutela efectiva por parte de los tribunales, según el art. 24 de la Constitución, tiene carácter preferente en este caso, ya que no es una declaración autoinculpatoria en caso de ser imputado o demandado el médico redactor, ni puede considerarse que el médico esté sometido al secreto profesional si el imputado o denunciado es el paciente, pues no hay normativa que regule aún tal derecho del médico. Por último, también debe señalarse el acceso de terceros con fines de inspección, estadísticos o científicos y docente. En la inspección es evidente que sí es necesaria la identificación del paciente, como elemento fundamental de la función de control, pero en el resto de las utilidades el acceso a la historia pasa forzosamente por la eliminación de los datos de identificación del paciente, así como de otros datos como fotografías que pudieran permitir una efectiva identificación personal del mismo.

En suma, respondiendo al título del artículo, la historia pertenece al centro hospitalario, pero con limitaciones derivadas del respeto absoluto al derecho a la intimidad del paciente y su correspondiente acceso a la historia junto al interés general derivados de investigaciones judiciales, científicas o de inspección.



## Definicions i normatives

Doctor J. Corbella i Duch · Doctor en Dret i advocat de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

L'enregistrament sistemàtic de les dades sanitàries de les persones s'ha imposat de mica en mica al llarg del temps. Allò que als seus inicis era només la manifestació d'una actuació ordenada i diligent, que tenia per finalitat ajudar la memòria del metge i recordar patologies, tractaments i evolució de l'estat sanitari del malalt, avui s'ha generalitzat i institucionalitzat, fins al punt que la història clínica és inseparable de la prestació assistencial i així ho reconeix la vigent Llei general de sanitat que, al seu article desè, on enumera els drets dels malalts i usuaris dels serveis sanitaris, esmenta expressament "que quedi constància escrita de tot el procés assistencial".

Poques referències més trobem sobre la història clínica a la Llei general de sanitat de 1986. Només l'art. 61, -que no té caràcter de norma bàsica i, per tant, no s'aplica a tot l'Estat- torna sobre la qüestió i ordena que cal procurar la màxima integració de la informació relativa a cada malalt en l'àmbit d'Àrea Sanitària (Regió Sanitària, en la legislació catalana). Aquest article reitera que cal garantir el dret a la intimitat del malalt en la utilització de la història clínica, i ordena guardar secret sobre el contingut a tot-hom que hi tingui accés.

La Llei general de sanitat -una norma bàsica- no defineix què és la història clínica i tampoc no concreta el seu contingut. Sembla que dona el concepte per conegut, i que deixa a la legislació autonòmica, en l'àmbit dels respectius serveis de salut, la determinació del contingut. Però això és perillós. En primer lloc, perquè trenca la unitat del sistema sanitari i, després, perquè si els serveis de salut de cada CCAA concreten de manera diferent la història clínica, es poden crear dificultats de comunicació i de coordinació dintre del sistema en perjudici dels usuaris.

La majoria de CCAA reproduïen les disposicions de la Llei general de sanitat. Algunes afegeixen la possibilitat de conservar les dades assistencials "en suport tècnic adequat", i fan una clara referència a la informàtica, però aquesta precisió normativa no ajuda gens a la determinació del concepte ni a concretar-ne el contingut. Només han dictat normes específiques:

- El País Basc, mitjançant Decret 45/1998, de 17 de març, que ha

derogat i substituït una anterior disposició de 25 de novembre de 1985 que només regulava l'ús de la història clínica en els centres hospitalaris.

- La Comunitat Valenciana, mitjançant Decret 56/1998, de 25 d'abril, en el qual es regula l'obligatorietat de la història clínica única per a cada pacient i institució.

- Catalunya, dintre de l'Ordre de 18 de juliol de 1991, que regula l'acreditació dels centres hospitalaris dins del punt dedicat al suport assistencial.

Recentment -vegeu *La Vanguardia* del dia 3/7/99, l'*Avui* del dia 9/7/99 i *Diario Médico* del 19/7/99- s'ha fet públic que tots els grups polítics del Parlament de Catalunya han aprovat una proposició de llei que regula només en l'àmbit territorial català el contingut i l'ús de la història clínica. Caldrà veure la tramitació parlamentària d'aquest projecte i, de moment, reservar qualsevol opinió pel que fa al cas fins que no estigui aprovat.

Però, no ens podem quedar sense intentar definir la història clínica deixant de banda, per utòpica, la que donen aquells que consideren com a tal "el document que recull tota la informació sanitària d'una persona des de la concepció, o des del naixement, i fins a la mort". Sembla més realista aquella que considera com a tal "el document que recull la informació generada per un centre en l'assistència d'una persona, tant la terapèutica com la de caràcter preventiu", sense oblidar la definició més detallada, que ofereix el Dic-

cionari *Enciclopèdic de Medicina* (1990), com a "relació ordenada de les dades obtingudes per l'interrogatori, per l'observació del malalt i pels exàmens complementaris, orientada a aconseguir la perfecta comprensió de la seva malaltia".

La història clínica és un element imprescindible perquè el malalt usuari dels serveis sanitaris pugui tenir informació sobre el seu estat de salut i, al mateix temps, integrada dintre del sistema sanitari serveix per orientar polítiques de prevenció sanitària i de salut pública. A més, el seu contingut també és eficaç per acreditar la correcta actuació del metge i de la resta de professionals sanitaris quan es plantegen conflictes. Així, s'estableix que "la ausencia de historial clínico constituye una negligencia adicional de carácter burocrático". Aquesta afirmació ens obre un altre aspecte que cal considerar i que consisteix a contestar la pregunta de: quan de temps cal guardar un historial clínic?

No podem donar una resposta, perquè ni la Llei general de sanitat, ni les normes autonòmiques regulen aquest aspecte. Només el R.D. 1594/94, de 15 de juliol, que regula l'exercici de les professions d'odontòleg i estomatòleg, obliga expressament els professionals d'aquest sector sanitari a conservar l'historial clínic durant cinc anys, com a mínim, des del darrer tractament.

El problema no té una solució clara, i s'aconsella guardar els historials clínics un mínim de setze anys, atès que el temps de prescripció de les possibles reclamacions partint d'un contracte de prestació de serveis sanitaris és de quinze anys. I dit això comencen els problemes de classificació i de conservació dels documents que, avui la tècnica -informàtica, disc òptic- ha solucionat parcialment.

Podem parlar molt més sobre la història clínica, però cal posar punt i final i afegir, només, que en la polèmica sobre la propietat del document sembla que hi ha un ampli consens en el sentit que és propietat del professional -cas que treballi privadament- o bé del centre que la produeix, que la confecciona i la redacta, el qual té el deure de conservar-la a disposició del malalt o de l'usuari dels serveis sanitaris.

## Influència genètica en la osteodistrofia renal

Para explicar a los no especialistas cuales han sido los antecedentes que nos han conducido a plantear nuestro tema de investigación actual, exponemos de manera simple los hechos científicos más importantes ocurridos en los últimos años que han contribuido a clarificar la fisiopatología del hiperparatiroidismo secundario.

La vitamina D es una hormona esteroidea implicada en la modulación de diversos procesos fisiológicos. La forma activa de la vitamina D, el 1,25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub> o calcitriol, se obtiene de forma exclusiva en el riñón por hidroxilación de precursores inactivos. Por ello, desde etapas muy precoces de la insuficiencia renal crónica se produce un déficit de calcitriol con alteraciones graves en el metabolismo del calcio y el fósforo. La actividad fisiológica de la vitamina D está mediada por la interacción con su receptor intracelular específico (VDR). el complejo receptor-hormona pone en marcha la maquinaria de transcripción génica (efecto genómico) induciendo la síntesis de determinadas proteínas, como la calcitonina o su propio receptor (VDR) o inhibiendo la transcripción de otras, como es el caso de la hormona paratiroidea.

El VDR se localiza en multitud de tejidos, además de localizarse en los órganos diana de actuación clásica de la vitamina D como el hueso, el riñón y el intestino, también está presente en la piel, el páncreas, células sanguíneas, células tumorales... etc. Ello explica las acciones extraóseas de la vitamina D y su efecto pleiotrópico. Entre estos debemos destacar su acción inmunomoduladora, que la implica en la susceptibilidad a la infección, y su actividad antiproliferativa, que la coloca como un arma terapéutica eficaz en el tratamiento del cáncer.

El descubrimiento de que las células paratiroideas presentan receptores específicos para el calcitriol y el efecto inhibidor sobre la expresión del gen, que codifica la pre-proparathormona, abrió la posibilidad de que el déficit de vitamina D fuera responsable del desarrollo del hiperparatiroidismo secundario, no sólo provocando hipocalcemia sino también de una manera directa al no ejercerse la inhibición de la síntesis de PTH en la célula paratiroidea.

Los resultados presentados en 1994 por Morrison y col. en la revista *Nature* sobre una fuerte asociación entre variaciones polimórficas del gen del receptor VDR y la osteoporosis causaron gran impacto en la comunidad

Desde 1989 la línea principal de investigación clínica del servicio de Nefrología ha sido la osteodistrofia renal. El progresivo aumento en el número y supervivencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en diálisis ha provocado que se pongan de manifiesto patologías hasta ahora desconocidas asociadas con la diálisis. De ellas, la afectación ósea (osteodistrofia renal) es una de las causas de mayor morbilidad y disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Todo ello ha provocado que la osteodistrofia renal y su manifestación más importante, que es el hiperparatiroidismo secundario, hayan atraído el interés de clínicos e investigadores básicos. La investigación en este ámbito ha conducido a la obtención de espectaculares avances a nivel molecular con consecuencias clínicas de enorme trascendencia.

Textos: doctors Elvira Fernández i Joan Fibla \*

científica internacional. Dichas variantes polimórficas se corresponden con el cambio de un nucleótido en la secuencia de ADN de la porción final del gen del receptor: el denominado extremo 3' (tres prima). En una determinada persona podemos detectar las distintas variantes de dicha porción del gen dado que el cambio comporta la pérdida de la diana, lugar de corte, del enzima de restricción BsmI. Así pues, el enzima cortará el ADN que presente la secuencia diana, pero no lo hará si dicho ADN presenta la variación. En el primer caso tendremos un alelo "B" y en el segundo caso un alelo "b". Dado que cada persona presenta dos copias de cada gen, los genotipos derivados del análisis de un determinado individuo serán BB, bb o Bb. Posteriormente el hallazgo de Morrison y col., un grupo de investigación sueco observó que en las pacientes con hiperparatiroidismo primario era mucho más frecuente el genotipo bb. El hecho de que dichas variantes polimórficas del gen del VDR pudieran tener consecuencias en su función (variable respuesta a la acción de la vitamina D según el genotipo) nos hizo plantar la hipótesis que ha sido el origen de esta línea de investigación:

Si el polimorfismo del gen del VDR determina diferencias funcionales en el receptor, estas deberían ponerse de manifiesto con mayor fuerza en una situación patológica, con niveles bajos de vitamina D como ocurre en la IRC. Es decir, el polimorfismo del gen del VDR podría determinar diferencias en

el grado de desarrollo del hiperparatiroidismo secundario en pacientes con IRC.

En el momento de su planteamiento, se trataba de una hipótesis original, no existía ningún estudio previo en dicha población de pacientes y, por lo tanto, nuestros datos podían ser novedosos. La hipótesis además de lógica contaba con elementos que la hacían realizable:

1) Una población numerosa fácilmente accesible, ya que son pacientes que acuden a nuestra unidad de Hemodiálisis tres veces a la semana.

2) Podíamos evaluar la funcionalidad del complejo vitamina D-receptor mediante la determinación de los niveles de PTH intacta. Esta determinación se realiza de forma rutinaria en el departamento de Análisis Clínicos de nuestro hospital. Por otra parte, factores como el tiempo en diálisis, los niveles de calcio y fósforo, la etiología de la IRC o la medicación del paciente, pueden modificar los niveles de PTH y añadir complejidad al estudio al emmarcar el efecto del genotipo. Ello nos obligaba a un exhaustivo trabajo de recogida de datos y de selección de la población de estudio. Se disponía pues de una excelente población de estudio y de los medios para su análisis bioquímico y clínico. Sin embargo, para llevar a cabo el estudio era necesaria la caracterización genética de los pacientes para así poder

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

• **Quan de temps cal guardar-la?**  
• **No podem donar avui una resposta clara**



correlacionarse el genotipo con las características clínicas de los enfermos.

No se disponía en el hospital de la tecnología necesaria para este tipo de estudios y por ello miembros del equipo del servicio de Nefrología contactaron con la unidad de Genética del departamento de Ciencias Médicas Básicas donde el proyecto fue acogido con entusiasmo. A partir de ese momento, en 1995 se inició una colaboración entre el servicio de Nefrología y la unidad de Genética que ha dado numerosos frutos y que en la actualidad tiene varios proyectos de investigación conjuntos en desarrollo.

Los resultados de este estudio inicial, financiado mediante una ayuda económica de la Paeria y del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), confirmaron nuestra hipótesis. Demostramos por primera vez que el polimorfismo BsmI del extremo 3' del gen VDR influye en el grado de desarrollo del hiperparatiroidismo secundario. Los resultados fueron publicados en una de las revistas de mayor prestigio de la especialidad Journal of the American Society of Nephrology, órgano oficial de la sociedad de la sociedad Americana de Nefrología. Posteriormente nuestros resultados fueron avalados por un estudio de un grupo japonés en el que se analizó una amplia población de pacientes.

En ambos estudios el tiempo de evolución de la insuficiencia renal crónica enmascaraba la influencia genética. Ello nos llevó a investigar si la influen-

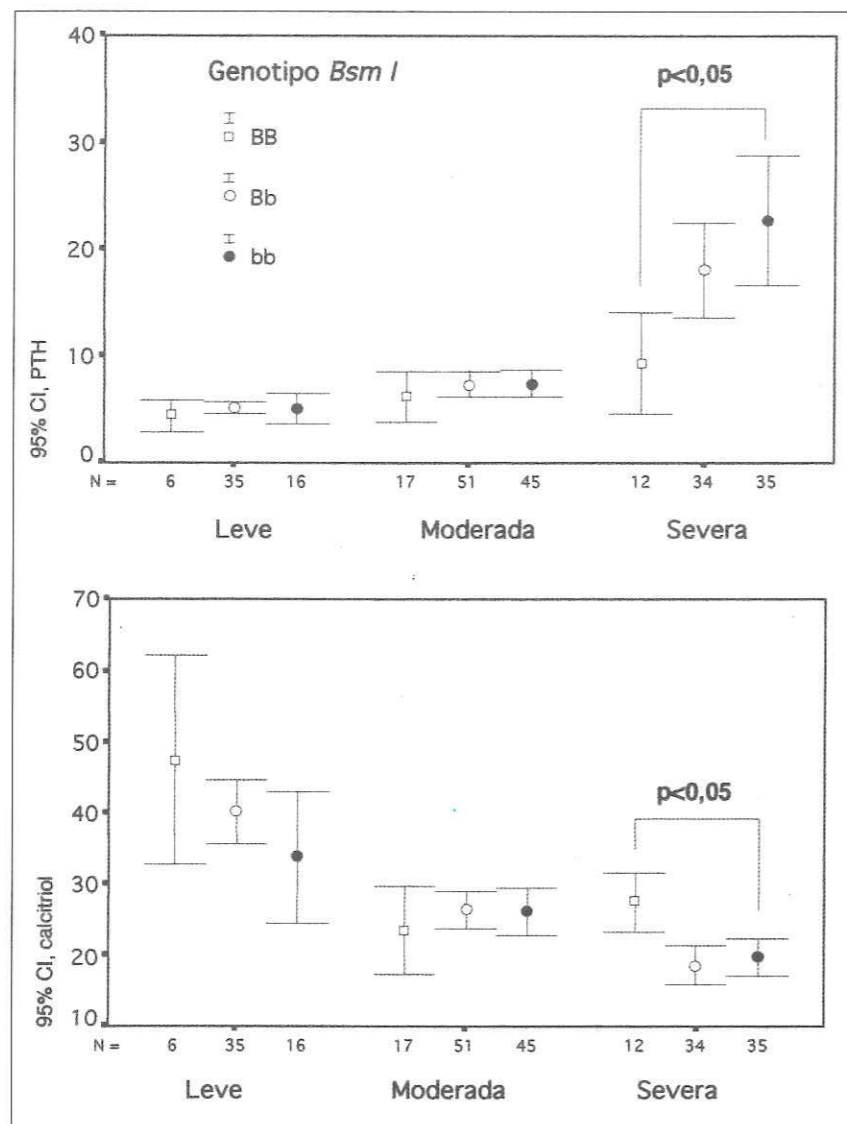
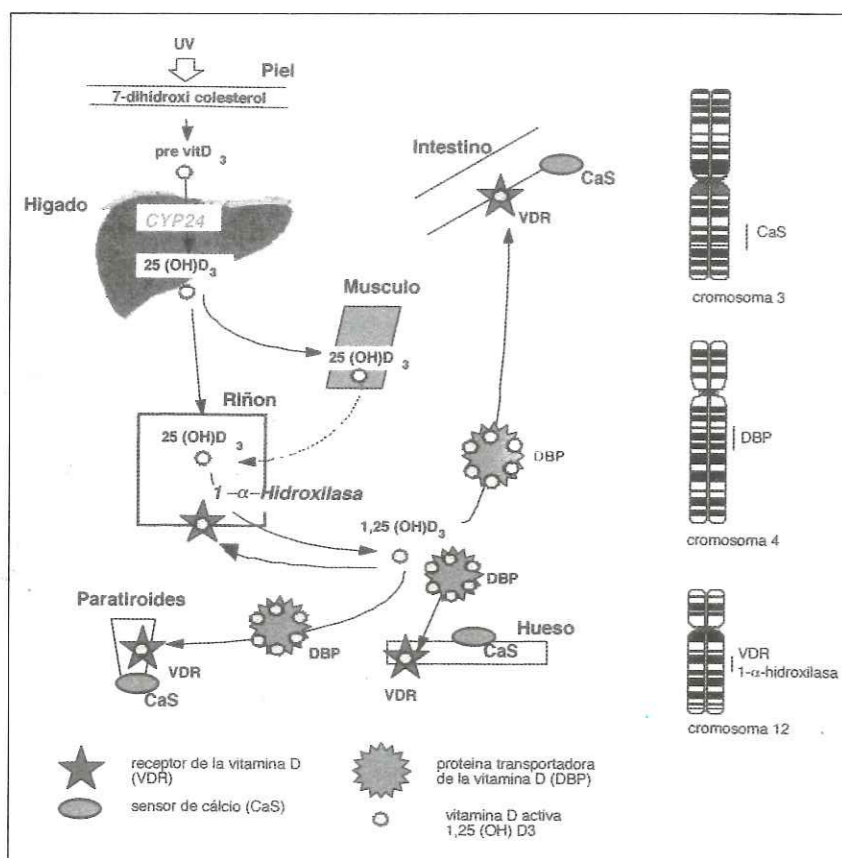


Figura 1. En enfermos en prediálisis con insuficiencia renal severa, los niveles de PTH y vitamina D son significativamente distintos al comparar los pacientes en función de su genotipo para el polimorfismo BsmI del gen VDR.

cia del polimorfismo del gen del VDR en la función del receptor podía ser más evidente en estadios precoces de la insuficiencia renal crónica, cuando todavía el paciente no requiere diálisis, y a que nivel de función renal se empezaba a observar dicha influencia.

Para llevar a cabo este segundo estudio necesitábamos una población de pacientes con diferentes grados de insuficiencia renal crónica. Se requirieron grupos numerosos de pacientes con función renal similar. Debido a que la población de pacientes controlados en nuestras consultas externas que cumplía los criterios de inclusión era limitada, solicitamos la colaboración del servicio de Nefrología de Galdakao (Bilbao), donde, gracias a la excelente relación con la Dra I Martínez, experta

Figura 2. Esquema de la fisiología de la vitamina D y genes candidatos estudiados por nuestro grupo.



en el campo de la osteodistrofia renal, se facilitó nuestra labor.

El estudio analizó no sólo la influencia de dicho polimorfismo sobre la función paratiroidea, sino también sobre los niveles de calcitriol, un aspecto no explorado hasta la actualidad. Los resultados fueron sobre los niveles de calcitriol, un aspecto no explorado hasta la actualidad. Los resultados fueron alentadores y demostraron que la influencia de dicho polimorfismo sobre la función paratiroidea era más marcada en etapas precoces de insuficiencia renal. Además, se puso de manifiesto por primera vez su influencia sobre los niveles de calcitriol (figura 1)

Estos resultados fueron comunicados y acogidos con gran interés en el Simposium Internacional sobre Osteodistrofia Renal, que tuvo lugar en Iguazu (Brasil), y en la reunión internacional de expertos, organizada como Simposium satélite del Congreso Internacional de Nefrología (Buenos Aires, 1999). En la actualidad este trabajo está en prensa en la prestigiosa revista Kidney International, órgano oficial de la Sociedad Internacional de Nefrología.

Como ocurre con frecuencia en los trabajos de investigación, un hallazgo u observación plantea nuevos interrogantes:

- ¿A través de que mecanismos este polimorfismo ejerce su influencia?

Existe gran controversia en la literatura en cuanto a cual es el efecto de dicho polimorfismo sobre la funcionalidad del receptor. La variación se localiza en el extremo 3' del gen no codificante. Es decir, el cambio de nucleótido no altera la proteína VDR. Por lo tanto se postula que dicha variación podría afectar a los niveles de expresión del mensajero al dar lugar a un producto más o menos estable.

- ¿Las diferencias funcionales detectadas entre pacientes según su genotipo, se deben a este polimorfismo del gen del VDR o a otros polimorfismos del mismo gen o de genes próximos a este entre los que existe desequilibrio de ligamento?

La asociación de una variante polimórfica a un determinado estado clínico no siempre implica una relación causa-efecto. Así, el polimorfismo del extremo 3' del gen VDR podría no estar relacionado directamente con la severidad del hiperparatiroidismo. Supongamos que existen otros polimorfismos en el mismo gen que alteren la estructura o función de la proteína VDR, si existe desequilibrio de ligamento entre ellos, es decir la transmisión durante la meiosis del polimorfismo 3' va acompañada de la transmisión del otro polimorfismo, el efecto deletéreo detectado en los pacientes con un determinado genotipo para el polimorfismo 3', será en realidad consecuencia del otro polimorfismo. Se han descrito dos variaciones polimórficas del gen VDR, una en el extremo 5'

y otra en la región de poliadenilación (extremo final del mensajero) que podrían desempeñar el papel antes descrito.

Algo similar podría ocurrir entre el gen VDR y un gen próximo a este que estuviera relacionado con el metabolismo del calcio o sus hormonas reguladoras. Recientemente se ha localizado en el cromosoma 12, muy próximo al gen del receptor VDR, al gen de la 1-alpha-hidroxilasa, enzima responsable de la activación de la vitamina D en el riñón. Mediante un razonamiento similar al anterior podríamos considerar que, de existir desequilibrio de ligamento entre variantes de uno y otro gen, la asociación detectada utilizando variantes del primero podrían ser en realidad causadas por variantes del segundo.

- ¿Existen otros polimorfismos en genes relacionados con el metabolismo del calcio y fósforo que jueguen un papel en la fisiopatología del hiperparatiroidismo secundario?

El mecanismo inicial del desarrollo del HP es objeto de debate científico. Entre los factores implicados, destaca el fósforo plasmático por su capacidad inhibitoria de la síntesis de vitamina D y su efecto estimulador de la síntesis de PTH. Por ello, estamos interesados en analizar la influencia genética teniendo en cuenta la capacidad renal de excretar el fósforo en estadios iniciales de función renal con y sin manipulación dietética.

Entre los polimorfismos en genes relacionados con el metabolismo fosfo-cálcico, que también serán objeto de estudio, tiene especial interés el recientemente descrito en el gen que codifica el receptor de calcio. Este receptor actúa como un sensor de los niveles de calcio plasmático en diferentes órganos como la paratiroides y el riñón. A nivel de la célula paratiroidea, el sensor detecta el nivel de calcio plasmático y en función de éste se modula la maquinaria transcripcional del gen de la PTH. Así cuando existe un nivel elevado de calcio plasmático se inhibe la síntesis de la parathormona y viceversa. Recientemente se ha descrito un polimorfismo en el gen de este receptor que influye en los niveles de calcio plasmático en mujeres sanas. Nuestro objetivo es comprobar si la influencia de dicho polimorfismo también se ejerce en nuestra población con insuficiencia renal crónica.

La aplicación del análisis genético en el estudio de enfermedades humanas no sólo ha supuesto un gran avance en el conocimiento de las enfermedades con una base genética, sino que también ha dado excelentes resultados en el conocimiento y caracterización de las denominadas enfermedades complejas. En la actualidad, en la literatura médica proliferan los estudios de asociación entre diferentes polimorfismos y determinadas enfermedades. Su utilidad es poner de

manifiesto una predisposición genética que pueda facilitar la prevención y tratamiento adecuados. Sin embargo, con frecuencia existe heterogeneidad en los resultados y estos deben ser interpretados con precaución. Los factores que pueden influir son:

1. El tamaño de la muestra. El análisis estadístico de los resultados será más o menos significativo según el tamaño de la población estudiada.

2. Heterogeneidad entre la población de estudio y la población control, con diferente representación de las variantes alélicas.

3. Origen de las poblaciones estudiadas. Los resultados obtenidos en una población asiática pueden no reproducirse al estudiar una población caucásica.

4. Efectos ambientales. Las diferencias en las interacciones genoma-ambiente también pueden desempeñar un papel importante. Por ejemplo, la ingesta de calcio es diferente según los hábitos dietéticos en diferentes países y los niveles de vitamina D dependen de la climatología. Los países soleados tienen menor incidencia de hipovitaminosis D. En este sentido, tiene interés una comunicación publicada en NEJM sobre la hipovitaminosis D detectada en mujeres de un país soleado (Líbano) debido a la norma religiosa que las obliga a taparse.

Por todo ello, las asociaciones detectadas en este tipo de estudios deben confirmarse para establecer la relación causa-efecto. Nuestro reto está ahora en estudiar el papel de nuevas variantes del gen VDR o de otros genes relacionados (figura 2) y en llevar a cabo estudios funcionales en pacientes in vitro, que nos permitan entender cual es el papel de la influencia genética en el desarrollo del hiperparatiroidismo secundario.

\* Elvira Fernández es Jefe del Servicio de Nefrología y profesora asociada del Departamento de Medicina. (UdL). Joan Fibla es Profesor titular de Universidad. Unidad de Genética. Departamento de Ciencias Médicas. (UdL)

**Bibliografía referida:**

Morrison, N. A., Qi, J. C., Tokita, A., Kelly, P. J., Crofts, L., Nguyen, T. V., Sambrook, P. N., and Eisman, J. A., 1994, "Prediction of bone density from vitamin D receptor alleles (see comments)", Nature 367 (6460):284-7.  
 Carlings, T., Kindmark, A., Hellman, P., Lundgren, E., Ljunghall, S., Rastad, J., Akerstrom, G., and Melhus, H., 1995, "Vitamin D receptor genotypes in primary hyperparathyroidism", Nature Medicine 1 (12):1309-11.  
 Fernandez, E., Fibla, J., Betriu, A., Piulats, J., Almira, J., and Montoliu, J., 1997, "Association between vitamin D receptor gene polymorphism and relative hypoparathyroidism in patients with chronic renal failure", Journal of the American Society of Nephrology 8 (10):1546-52.  
 Marco, M., Martinez, I., Amoedo, M., Borrás, M., Saracho, R., Almira, J., Fibla, J., and Fernandez, E., 1999, "Vitamin D receptor genotype influences PTH and calcitriol levels in predialysis patients", Kidney International (en prensa)



# Medicina rural a Lleida

Des que a mitjan segle XIII Alfons X va promulgar el seu "Fuero Real" s'han escrit centenars de pàgines entorn de la problemàtica de la medicina rural. Pàgines que denuncien les dotacions econòmiques miserables, la manca de companyonia, l'arbitrarietat dels municipis, fins i tot, parlen d'amenaques i agressions... Sens dubte, ha perdurat una escassa sensibilitat social i política enfront dels problemes de la medicina rural.

Textos: doctors Joan Clotet, Tona Navarro, Eduard Peñascal i Ramon Pujol • Fotos: Lluís Vidal

Tradicionalment, parlar de metge rural era parlar d'un metge totalment aïllat, lligat les vint-i-quatre hores del dia, sense relació interprofessional i totalment autònom en el desenvolupament de la seva professió.

Amb l'arribada de la reforma de l'Atenció Primària (Decret 84/1985 sobre mesures per a la reforma de l'Atenció Primària de Salut de Catalunya i la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya 15/1990) es dona lloc a la creació de les Àrees Bàsiques (ABS) i dels Equips d'Atenció Primària (EAP) i la situació del metge rural canvia, fins i tot, millora. Baldament, quan llegeixo algun paràgraf de la revista *El Siglo Médico*, de mitjan segle passat, m'hi sento un xic identificat quan, ironitzant, diu:

"Cobrar las igualas en especie, y de puerta en puerta, como si se pidiera para las ánimas benditas."

"Visitar por la mañana y tarde a todos los enfermos, aunque no padezcan más que estornudos y sabañones."

"Dar declaraciones e informes por el amor de Dios y la prosperidad de los curiales".

"No comer ni dormir con tranquilidad, y acudir pronto al llamamiento de un vecino, pues para esto paga un colemín de centeno todos los años." (Ara en diríem la Seguretat Social).

"Tener una opinión política tricolor, o tres opiniones distintas para vivir en paz con el cura, con el escribano y con el alcalde."

Tot i així, continua havent-hi connotacions que diferencien el metge de capçalera rural del metge de capçalera urbana.

## Demografia, estructura i recursos humans

Conceptualment s'anomena *metge rural* aquell metge que exerceix en pobles de menys de dos mil habitants

i *semirurals* el qui exerceix en pobles entre dos mil i deu mil habitants.

Lleida actualment té 340.960 habitants, distribuïts en 208 municipis, dels quals 204 tenen menys de deu mil habitants, on viu el 56% de la població. Però, per ser pràctics, hem considerat com a rurals tots els municipis de la nostra Província a excepció de la capital.

Des del punt de vista sanitari, l'organització de l'Atenció Primària a Lleida es divideix en quatre DAP (Direcció d'Atenció Primària) que són: DAP Segrià-Garrigues, DAP Pla d'Urgell-Segarra-Noguera-Urgell, DAP Lleida Nord i DAP Lleida (Serveis Centrals i CAP II Prat de la Ribà). Cadascuna dirigeix un nombre determinat d'EAP (veure quadre pàgina 12).

Solsona, tot i ser una població lleidatana, des del punt de vista sanitari pertany a la DAP Bages-Berguedà-Solsonès de la Regió Sanitària Centre. Formada per: 4 consultoris locals, 10 metges/esses, 10 Infermers/eres, 4 personal de suport, 1 assistent/a social, 2 llevadors/res, 1 odontòleg/òloga. Ubicació CAP II i H. de referència a Manresa.

## Pros i contres de la medicina rural a Lleida

### PROS:

En general, el metge rural té l'avantatge de conèixer millor el medi on viu. Conviu i es relaciona amb els seus pacients. Això li permet aprofundir en facetes laborals, familiars, socials, psicològiques, etc., determinants per fer un diagnòstic de salut de la persona.

Normalment, no patirà la coneguda massificació de la consulta i disposarà de més temps per atendre els pacients i si en té ganes podrà posar en pràctica el veritable i entranyable esperit de l'Atenció Primària de Salut: integral,



El metge rural coneix millor el medi on viu, conviu i es relaciona amb els seus pacients i això li permet aprofundir en facetes laborals, familiars, socials i psicològiques.



integrada, permanent, continuada, participativa, accessible, programada, avaluable, familiar, comunitària, docent i recerca.

El metge rural és el metge de la família, és qui s'implica, sigui quin sigui el problema, és el punt de referència abans i després d'accedir a la medicina especialitzada i hospitalària. Això permet tenir una perspectiva globalitzada i concreta del procés d'atenció: Quants especialistes ha consultat? Què li han dit? Li han inspirat confiança? És sorprenent i t'omple de

satisfacció quan un pacient torna d'una medicina considerada sempre superior i et diu: m'han dit... m'han fet... Què li sembla?

### CONTRES:

Tot i la reforma, encara hi ha un cert aïllament geogràfic i professional. Solament per qüestió de distància el metge rural té més difícil l'accés a l'hospital, a la facultat de Medicina i a altres fóruns de debat mèdic. Això condiciona negativament la seva for-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

mació, tant teòrica com pràctica, i les possibilitats de recerca i desenvolupament professional. En el cas de la DAP Lleida Nord, la presència d'hospitals comarcals (Vielha, Tremp i la Seu d'Urgell) que estan gestionats per empreses privades, alienes a l'Institut Català de la Salut, tampoc no han afavorit el desenvolupament professional del metge rural. En aquest cas, les entitats gestores, des de sempre, han manifestat la voluntat de fer-se càrrec de la gestió de les ABS i la seva àrea d'influència, seguint un model no basat en el reconeixement del paper de l'APS, sinó caracteritzat per la simple absorció. Així, el metge rural quedaria subordinat a l'Hospital en lloc d'integrar-se en un sistema d'interrelació i coordinació entre l'APS i l'Hospital.

El treball en equip que havia de permetre posar en comú les habilitats i les competències dels diferents professionals no acaba de funcionar. Lluny de ser un al·licient, el treball en equip, sia per manca de disponibilitat i motivació, sia per les especials condicions

estructurals del medi rural, amb nombrosos consultoris locals a part del Centre d'Atenció Primària (CAP), o per moltes altres raons, s'ha convertit en un sens fi de raons i enfrontaments personals.

No deixa de ser un inconvenient les diferents categories professionals que hi ha, així com les diverses situacions laborals i retributives dels qui treballen en el medi rural. No discutirem quin ha de ser el model retributiu, però aquest ha de ser just i suficient. Recórrer a alternatives econòmiques complementàries és encara una pràctica habitual, sobretot en metges més antics en el càrrec, i tolerades per l'Administració. Aquestes pràctiques, en alguns casos faciliten la discriminació social i, en el fons, tampoc no beneficien gens el col·lectiu mèdic rural.

El metge rural, molt sovint, ha d'atendre una població molt envellida amb una situació familiar força desestructurada, on la unitat familiar està formada tan sols per persones d'edat avançada, que a més viu en habitatges precaris i isolats. Els nuclis habitats estan molt dispersos i obliguen a fer desplaçaments llargs per una xarxa de comunicacions deficient.

El metge rural té una major pressió social. Ell coneix tothom i generalment gaudeix d'empatia, simpatia i reconei-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Àrees bàsiques de salut de la regió sanitària de Lleida

La Medicina rural de Lleida en xifres

EAP	CONSULTORIS LOCALS	METGES/METGESSES	INFERMERS/INFERMERES	PERSONAL DE SUPORT	ASSISTENTS/ES SOCIALS	LLEVADORS/LLEVADORES	AUXILIARIS DE CLÍNICA	ODONTÒLEGS/ODONTÒLOGUES	UBICACIÓ CAP II	UBICACIÓ H. REFERÈNCIA
DAP Segrià-Garrigues (Població adscrita: 64.251)										
LA GRANADELLA	8	6	5,5	2	Consell Comarcal	-	0,5	0,5	Prat de la Riba	Lleida
SERÓS	6	6	6	2	0,5	-	1	1	Prat de la Riba	Lleida
BORGES BLANQUES	16	13	14	8	1	1	1	1	Prat de la Riba	Lleida
ALMACELLES	4	4	4	3	0,5	1	0,5	0,5	Prat de la Riba	Lleida
LLEIDA R. S.	11	6	6,5	1	Consell Comarcal	-	0,5	0,5	Prat de la Riba	Lleida
LLEIDA R. N.	11	10	8	-	-	2	-	-	Prat de la Riba	Lleida
ALCARRÀS	3	4	4	-	-	1	-	-	Prat de la Riba	Lleida
DAP Pla d'Urgell-Segarra-Noguera-Urgell (Població adscrita: 117.607)										
PONTS	6	5	4	2	Consell Comarcal	-	-	0,5	Balaguer	Lleida
ARTESA	4	4	4	2	Consell Comarcal	1	-	0,5	Balaguer	Lleida
AGRAMUNT	13	5	5	4	0,5	-	-	0,5	Tàrrega	Lleida
CERVERA	22	12	12	7	1	1	1	1	Tàrrega	Lleida
BELLPUIG	10	7	7	4	0,5	1	-	0,5	Tàrrega	Lleida
ALFARRÀS	4	8	8	6	1	2	1	1	Prat de la Riba	Lleida
BALAGUER	19	21	20	8	1	1	2	2	Balaguer	Lleida
TÀRREGA	20	15	14	10	1	1	1	1	Tàrrega	Lleida
MOLLERUSSA	18	22	22	9	1	2	2	1	Prat de la Riba	Lleida
DAP Lleida Nord (Població adscrita: 61.067)										
OLIANA	5	5	5	4	-	1	-	-	H. Seu	La Seu
LA SEU	15	10	10	5	1	2	1	1	H. Seu	La Seu
TREMP	15	9	9	5	1	1	1	1	H. Tremp	Tremp
ARAN	7	5	4	2	1	-	-	1	H. Vielha	Vielha
POBLA	4	5	5	4	1	-	-	-	H. Tremp	Tremp
SORT	15	8	8	5	-	1	-	-	H. Tremp	Tremp
PONT DE SUERT	9	4	4	3	-	-	1	1	H. Vielha	Vielha
CERDANYA LLEIDA	3	2	2	-	-	-	-	-	H. Seu	La Seu

Cerdanya Lleida, no és ABS i correspon als pobles de Martinet i Bellver



Els nuclis habitats estan dispersos i obliguen a desplaçaments llargs per una xarxa de comunicacions deficient.





El metge rural és el metge de la família, és qui s'implica, sigui quin sigui el problema, és el punt de referència abans i després d'accedir a la medicina especialitzada.

## Distribució dels centres i dels professionals sanitaris per DAP

Lleida en aquests moments té 340.960 habitants, distribuïts en 208 municipis, dels quals 204 tenen menys de 10.000 habitants, la qual cosa suposa el 57% de la població. La resta de la població es concentra en quatre: Lleida, Balaguer, Tàrraga i la Seu d'Urgell.

El nombre de consultoris totals és de 293.

Pel que fa a la DAP Segarra-Urgell-Noguera-Pla d'Urgell, la població de referència és de 117.607. Amb un nombre de consultoris locals de 136.

Distribució dels professionals:

- 85 metges/esses de família, 17 pediatres, i 18 metges/esses de reforç. Total metges: 120

- 100 DUI, 12 de reforç. Total DUI: 112

- 56 professionals de suport (administratius/ives, zeladors/res)

- 8 odontòlegs/òlogues

- 6 treballadors/res socials

- 11 llevadors/res

- CAP II: Tàrraga i Balaguer

- Dos ginecòlegs/òlogues que depenen de l'Hospital Arnau i de l'Hospital de Santa Maria

- Cap Hospital Comarcal

- Els hospitals de referència són l'Arnau de Vilanova i l'Hospital de Santa Maria

La DAP Segrià-Garrigues té una població de referència de 64.251 persones. Lleida capital compta amb uns 112.000 habitants i la resta de nuclis rurals.

El nombre de consultoris locals és de 68.

La distribució dels professionals dels nuclis rurals és la següent:

- 54 metges/esses de família,

- 5 pediatres i 11 metges/esses de reforç. Total metges: 70

- Total DUI: 70

- 22 professionals de suport

- (administratius/ives, zeladors/res)

- 4 odontòlegs/òlogues

- 2 treballadors/res socials

- 7 llevadors/res (tota la DAP).

- CAP II Prat de la Riba

- Ginecòlegs/òlogues (9, però caldria confirmar-ho)

- L'hospital de referència es l'Arnau de Vilanova

La DAP Nord compta amb uns 89 consultoris locals (11 a l'Aran).

### VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

xement per part de la població, però no pot fallar. Qualsevol errada, desatenció, fracàs, etc., la veu s'estén com una taca d'oli i aquell prestigi que tan afanyadament s'havia guanyat s'esvaeix en un tot i no res. Aquest risc s'eleva al màxim exponent en el cas de l'emergència vital. Ha d'estar al lloc i en el moment precís, ha de tenir capacitat de resolució amb rapidesa i eficàcia i moltes vegades sense els recursos materials i humans necessaris. Abandonat a la seva sort, el metge rural fa el que pot perquè aquell pacient es traslladi en condicions a Urgències de l'Hospital, molt llunyà en alguns casos.

### Particularitats de la medicina rural

#### ESTRUCTURAL

La població que té assignada està ben definida i acotada.

Els EAP, de dimensions petites en alguns casos i de dimensions excessives en alguns altres, estan molt dis-

persos.

Viu més a prop de la població. Encara que hi hagi Atenció Continuada és més accessible, i això li resta independència.

Ha de fer desplaçaments llargs, la major part de vegades amb el seu cotxe propi.

Sol disposar d'una consulta menys equipada, sobretot en els consultoris locals.

En alguns llocs està més lluny de les proves diagnòstiques i de l'hospital. Suposa fer una valoració més acurada per tal d'evitar derivacions innecessàries. En alguns altres llocs, la proximitat de l'hospital tampoc no serveix per millorar l'accessibilitat a les proves complementàries, sinó per fer-li una competència deslleial.

#### ORGANITZATIUS

En general, el metge rural és més autònom des del punt de vista organitzatiu.

Per la seva peculiaritat se li fa més difícil el treball en equip.

Probablement sigui menys sistemàtic a l'hora de fer el registre de les dades,

bé perquè té un coneixement més complet del seu pacient i del seu entorn, bé perquè no tots disposen de personal administratiu de suport.

#### PROFESSIONAL

El metge rural té una major tendència a l'autoformació i al treball més empíric.

Sol disposar d'un ventall més ampli d'habilitats per a les petites tècniques en àrees com la pediatria, traumatologia, tocoginecologia, petita cirurgia, urgències i cures paliatives.

Tradicionalment ha estat un bon observador i té una bona praxi, però la recerca no és el seu punt fort.

L'activitat docent pràcticament es concentra en algunes ABS prop de la capital.

Podem dir que és bastant estable, si està bé en el seu poble no aspira a més.

#### COMPETENCIAL

Sobretot a càrrec de titulars: sanitat ambiental i alimentària, assessor alimentari de l'Ajuntament, inspector d'establiments i locals, cèdules d'habilitat, etc.

### Conclusions

1.- Amb la reforma de l'Atenció Primària, la qualitat de vida del metge rural ha millorat. El que no està tan clar és si la reforma, tal com s'ha portat a terme, ha servit per donar-li la rellevància i el prestigi que es mereix.

2.- Treballar en el medi rural té molts inconvenients, però també té aspectes gratificants, com és el fet de treballar més a prop del qui et necessita.

3.- S'ha de millorar l'accés a la formació, en tots els àmbits (formació continuada, docència i recerca), per tal d'adequar les competències del metge rural a les necessitats de la comunitat.

4.- S'han de posar a disponibilitat del metge rural els mitjans de diagnòstic factibles que permetin afegir rigor científic i serietat a la seva tasca, i sobretot, en benefici dels pacients.

5.- Cal definir un model retributiu motivador.

6.- La gran heterogeneïtat existent, en

el medi rural, obliga a buscar solucions individuals o peculiars de cada zona. No es poden afrontar els problemes d'una forma globalitzada.

7.- També la població rural forma part dels "6 milions". Equitat suposa garantir un servei de qualitat a tota la població encara que els recursos necessaris siguin més elevats.

8.- No podem oblidar que estem al servei de la població, hem de fugir de partidismes, i reivindicar juntament amb els metges del medi urbà la figura del metge de capçalera amb una visió integral de les necessitats de salut.

Agraïments: Creu Roja de Ponts, Dr. José Manuel Albalad, Dr. Miquel Casanovas i Dra. M. Dolors Andreu





*Dona banyadora que dirigeix i comprova els banys col·lectius higièncics i terapèutics de les dones. Procedència: Tractat de banys d'Amal de Vilanova.*

# Metgesses, llevadores i dones remeieres a Lleida

Va ser molt important el paper de les metgesses i llevadores en la medicina medieval lleidatana, tant d'aquelles que disposaven d'autorització reial o municipal per exercir llur professió com del conjunt de dones "remeieres", molt nombroses en una època en què la indefinició en aquest camp era la norma, i que hom solia anomenar també metgesses.

Textos: doctors Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca

sió reial la pràctica i exercici de la Medicina sense haver-se sotmès abans a aquestes normes, fet que equivalia a afavorir i legalitzar l'intrusisme. Hem de considerar que el títol universitari no gaudia ni molt menys de la consideració social que ara té.

Com a exemple, el 5 de març de 1387, Joan I féu confirmar la llicència per exercir la Medicina a dues jueves de Lleida, a Bellayne, vídua de Samuel Gallipapa i a Pla, muller de Jaffudani Gallipapa, que ja havien estat autoritzades per exercir de metgesses pel rei Pere III el 1380. Anteriorment a aquesta data ja exercien la pràctica mèdica en la qual eren considerades com a persones molt expertes i erudites.

L'any 1401, el rei Martí, considerant la gran aptitud per guarir malalts que tenia madona Gràcia, muller del metge barceloní Pere Moliner, li concedí plena llicència per exercir de metgessa, sense examen previ, en tots els dominis reials.<sup>1</sup>

Per aconseguir llurs coneixements de pràctica mèdica, generalment aquelles dones eren allionades per metgesses en exercici. L'octubre de 1389, a l'hostal d'en Cabeç de Lleida, situat al tram del carrer Major que anava del Peu del Romeu a la Costa del Jan, s'hi allotjava una metgessa de Barcelona que venia a la ciutat per ensenyar el seu ofici a altres dones.

Borredana, vídua del síndic de Barcelona Francesc Borredà, aleshores resident a Lleida, era una de les que acudia a l'hostal per rebre els corresponents ensenyaments mèdics per "fer-se metgessa". No ho devia aconseguir, perquè posteriorment ens apareix l'esmentada Borredana practicant arts malèfiques i de nigromància.<sup>2</sup>

A Artesa de Segre residia l'Elicsèn, la qual gaudia de molt renom i els seus serveis eren sol·licitats de tot arreu. L'any 1389, quan assistia un malalt a Torres de Segre, fou requerida per visitar un giponer de Lleida afectat d'una greu malaltia.<sup>3</sup>

Important va ser també el paper de les llevadores o madrones com a guardadores de les malalties pròpies de la dona. El rei Joan les afavorí en permetre'ls que tractessin les esmentades malalties i les dels infants. El 20 d'octubre de 1394 confirmà la llicència per exercir en aquest camp a la Francesca, muller de Berenguer Ça Torra. Aquesta autorització la protegia i l'eximia de qualsevol denúncia d'intrusisme.

En el camp de la medicina legal, aquestes dones eren les qui per encàrrec de la justícia reconeixien i informaven en casos de violació, comprovació de la virginitat o existència o no d'un embaràs, etc.

El 6 d'abril de 1380, a Lleida, el jueu convers Joan Guerau va ser acusat de violar una nena de tres anys, filla del saig Guillem Castelló. El tribunal que jutjà el cas, sol·licità a les madrones Guillemona Pasquala i Caterina

Romeua, el preceptiu peritatge de la nena per confirmar la violació. Després de reconèixer-la, van informar que, "la dita fadrina ere corrompuda i que creien que per tal manera ere estada acorrompuda que la dita fadrina ere en perill de mort". Considerant aquesta declaració, es dictà una sentència exemplar contra l'agressor: va ser condemnat a l'amputació del penis i amb el membre penjat al coll va haver de recórrer els carrers i les places de la ciutat per rebre la reprovació, els insults i l'escarni de tothom. Finalment va ser penjat a la forca.<sup>4</sup>

L'any 1398, van ser citades dues madrones, una d'elles conversa, per reconèixer una fadrina presumptament violada. La seva peritació, d'un caire científic molt acceptable, incorporava a més uns consells i unes consideracions finals. El seu informe va ser el següent: "Es ver que la dita fadrina es

- ◆ **L'any 1380 dues jueves lleidatanes tenien llicència de metgesses**
- ◆ **Les dones reconeixien i peritaven casos de medicina legal**

stada asajada de corrompre i hi havien fet son poder, mas que no la havien poguda violar, com la dita fadrina hagués hauda una malaltia en lo angular, que la peyll de la natura li es tan streta que va a ventura, que jamés null hom pugue jaure ni conixer carnalment la dita fadrina, mas que al present, com dit ha, ella es tant casta com jamés fos e qui millor seria a monja que no al món".<sup>5</sup>

Fins i tot en dates molt més tardanes foren també les llevadores o madrones les qui peritaven en aquests casos. L'agost de 1619, els paers de Lleida acordaren que les madrones Isabel Dolceta i Maciana Gallarda, anessin per totes les cases properes al lloc on havia aparegut un nadó mort per visurar les dones que les habitaven i veure si alguna d'elles havia infantat feia poc. Va ser a casa de l'adroguer Carbonell, on en examinar la seva filla Lluïsa Magina, observaren que li sortia llet de les mamelles i "tenia les parts naturals baixes molt amples i fresques", motiu pel qual judicaren que "segons la seva experiència", l'esmentada Margina havia parit dos o tres dies abans.

A Soses, la madrona Joana Baureta, en assabentar-se de la presumpta vio-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



lació comesa pel fill del batlle, volgué reconèixer la víctima "perquè so madrina", i va declarar que, "alsà les faldes de la camisa y li mirí la natura a dita minyona, la qual la tenie sangosa de sanch fresca y també vermella i indiquí yo que ere cosa, la dita sanch de dita natura, de fresch pero no mirí niu fiu prova ninguna si ere corrompuda o no sinó que la sanch no ere stantissa sino fresca".

Pel que respecta als jueus i sarraïns, per la seva condició de comunitats amb lleis, costums, administració de justícia, etc., propis, acudien a gent de la seva mateixa ètnia quan necessitaven un metge, una llevadora etc., ja que als seus homòlegs cristians els era vedat assistir-los.

Malgrat aquesta norma, el prestigi que assolien algunes metgesses jueves i sarraïnes era tan gran, que fins i tot la reialesa sol·licitava els seus serveis. El 9 de juny de 1401, la reina, assabentada de la fama que gaudia una metgessa mora del seu reialme, li escrigué per requerir la seva presència per ser atesa d'un problema ginecològic que patia.

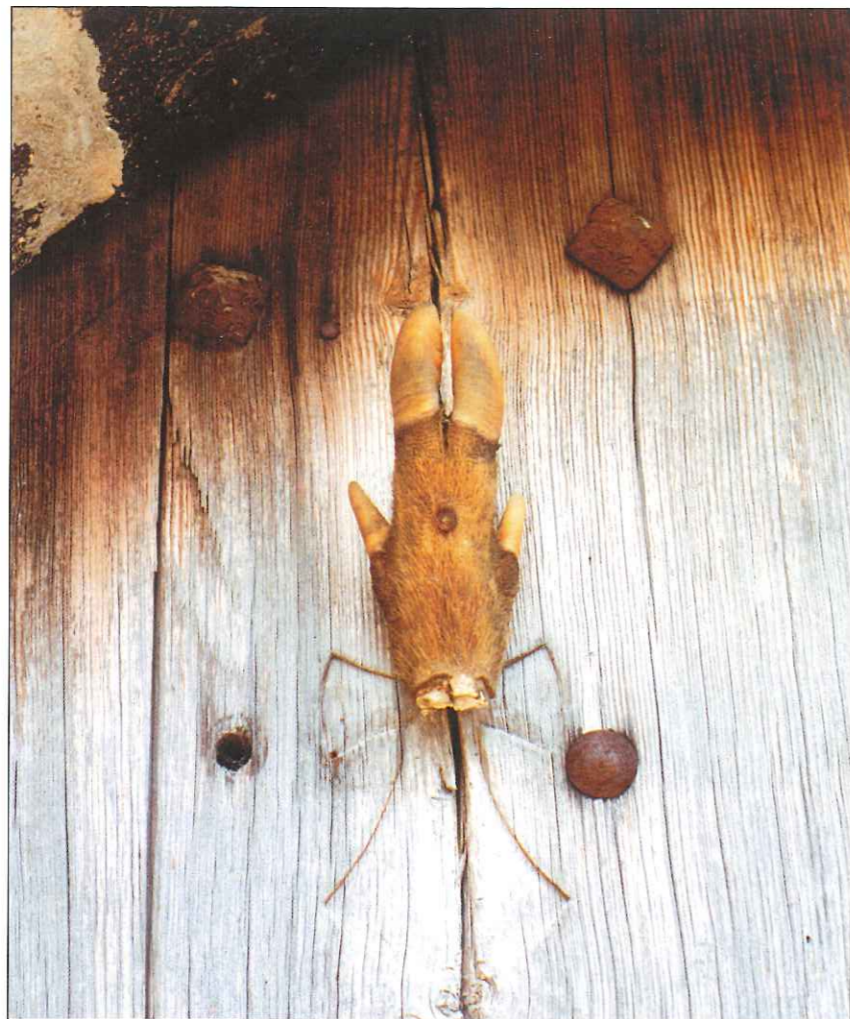
També, les Ordinacions de la Paeria de Lleida de l'any 1436, prohibien que les dones cristianes fossin ateses per llevadores o metgesses sarraïnes o jueves sota la pena del pagament de 100 sous o rebre 10 assots les cristianes, i 10 lliures o 20 assots les sarraïnes o jueves. Així mateix, els especiers i apotecaris no podien deixar entrar cap sarraí en els seus obradors ni acceptar cap recepta d'aquests sota la pena de pagar 10 lliures i rebre 20 assots.

Dolça, jueva conversa, tenia fama a la ciutat "que es trenyie de metgies", és a dir que tenia coneixements per guarir les malalties. En una ocasió, estant a Alguaire, fou requerida per un sarraí perquè anés a visitar la seva dona.<sup>5</sup>

### Les dones metzineres

Mentre aquest col·lectiu de metgesses, llevadores i dones remeieres, estava molt bon considerat, les dones metzineres eren repudiades, odiades i se'ls tenia por, a que per les seves males arts se les creia amb capacitat per provocar tota mena de malalties i fins i tot la mort a qui es proposaven. Els seus pactes amb el diable es creien evidents fins al punt de ser generalment confoses amb les bruixes. Es diferenciaven d'elles, perquè era fama que la bruixa mantenia, en llocs determinats, reunions periòdiques i tracte carnal amb el diable, al qual restaven sotmeses totalment. La metzinera, en canvi, solament l'invocava amb la pràctica de certes arts, paraules màgiques o sortilegis.

Per deslliurar-se d'ambdues, el poble recorria als més variats objectes o



La fotografia de la part superior mostra una pota de cabra i una creu, col·locades en la porta d'una casa pirenenca, com a elements protectors de bruixes i metzineres. En la fotografia de l'esquerra, hom pot observar una creu gravada en una llosa de l'entrada al recinte fortificat de Florejac.

amulets i signes protectors (una creu, per exemple) gravats en portes i façanes o a l'ajut de persones dotades del poder de contrarestar els esmentats malefics com ara, oracioneres, senyadores, saludadors, etc. La banya d'unicorn, la llengua de serp i algunes pedres precioses eren tingudes com antidots infal·libles per les metzines.

Pere III, home molt supersticiós, l'any 1375, creient-se víctima de malefics per uns sortilegis que li havien fet, convicció que corroborà un nigromant que tenia empresonat, cercà l'oportú auxili per deslliurar-se'n.

La reina, interessada en l'estudi de les ciències ocultes, escrigué al doctor en drets de Lleida Jordà de Sobra, i li ordenà que a l mateix portador de la lletra reial li entregués el llibre que tenia per desfer tota mena de malefics, anomenat *Cigonina*, escrit pel bisbe lleidatà Cigo.<sup>7</sup>

El tema de les dones metzineres en general i de l'esmentada Borredana en particular, és prou interessant com per ser més extensament descrit en una altra ocasió.

### Notes

<sup>1</sup> ROCA, J.M., *La Medicina Catalana en temps del Rei Martí*, Barcelona, 1919, pàg. 119

<sup>2</sup> CAMPS I CLEMENTE, M. *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*, Universitat de Lleida, 1998, pàg. 55-57

<sup>3</sup> L'home que havia acompanyat a Lleida a l'Eliscèn digué que, "com la dita fembra se entremetre de metgia, ere venguda ací per curar a Johan, juponer, qui es malalt".

<sup>4</sup> La sentència fou: "Que li sie tolt lo membre i tolt, amb lo meandre al coll, corregue la vila e après que sie penjat per la gola". CAMPS I CLEMENTE, M. *Obra citada*, pàg. 31

<sup>5</sup> CAMPS I SURROCA, M. CAMPS I CLEMENTE, M. "Los delitos contra la libertad sexual en Lérida. Siglo XIV". *XV Congreso de la Academia Internacional de Medicina Legal y de Medicina Social*, Abstr. 432, Saragossa, 1991.

<sup>6</sup> "E sots vos aquella que dien que es trenyie de metgies?" E ella dix que ella es trenyie de algunes coses de metgia, que que volle". E lo dit sarraí dix que ell tenie sa muller unflada i que si hi podie anar entro a Leyda, que meterie-la en son poder".

<sup>7</sup> ROCA J. M., *Obra citada*, pàg. 49.

## Certificat de defunció per a l'anomenat 'taloncillo'

Diversos col·legis de metges de l'Estat, entre ells el de Lleida, des de fa anys utilitzen una taxa com a mitjà de finançament que, per diversos imports, s'incorpora al certificat mèdic i que s'ha anomenat *taloncillo*. El *taloncillo* incorpora dos conceptes: d'una banda, els honoraris que s'abonen al col·legiat que ha emès el certificat i d'una altra, una quantitat que s'ingressa en el respectiu Col·legi com a justificació per diversos conceptes.

### Problemes legals per a l'ús actual del taloncillo

Al voltant de l'esmentada figura, han sorgit diversos problemes d'ordre legal que s'han traduït en l'existència de diverses denúncies en l'àmbit estatal, que han motivat l'obertura de diligències informatives per part dels Serveis de Defensa de la Competència, així com inspeccions i aixecament

d'actes per part de l'Agència Tributària. Els problemes legals són: 1.- El cost del *taloncillo* repercuteix directament en el consumidor final. Aquesta circumstància, i des de la publicació de la Llei de col·legis professionals –que significa entre altres coses la supressió dels anomenats honoraris mínims– implica que la part del *taloncillo* que correspon als honoraris del col·legiat constitueix, d'una manera evident, un manteniment dels honoraris mínims, amb la qual cosa es vulnera l'esmentada llei. El col·legi en cap cas no pot establir honoraris mínims, de manera que cada col·legiat pot cobrar el que consideri més oportú pels seus serveis professionals. 2. La part del *taloncillo* que s'incorpora com a ingressos del Col·legi presenta en la seva aplicació dos problemes. 2.1. La repercussió en el consumidor final d'una càrrega que no té cap tipus de suport legal que la

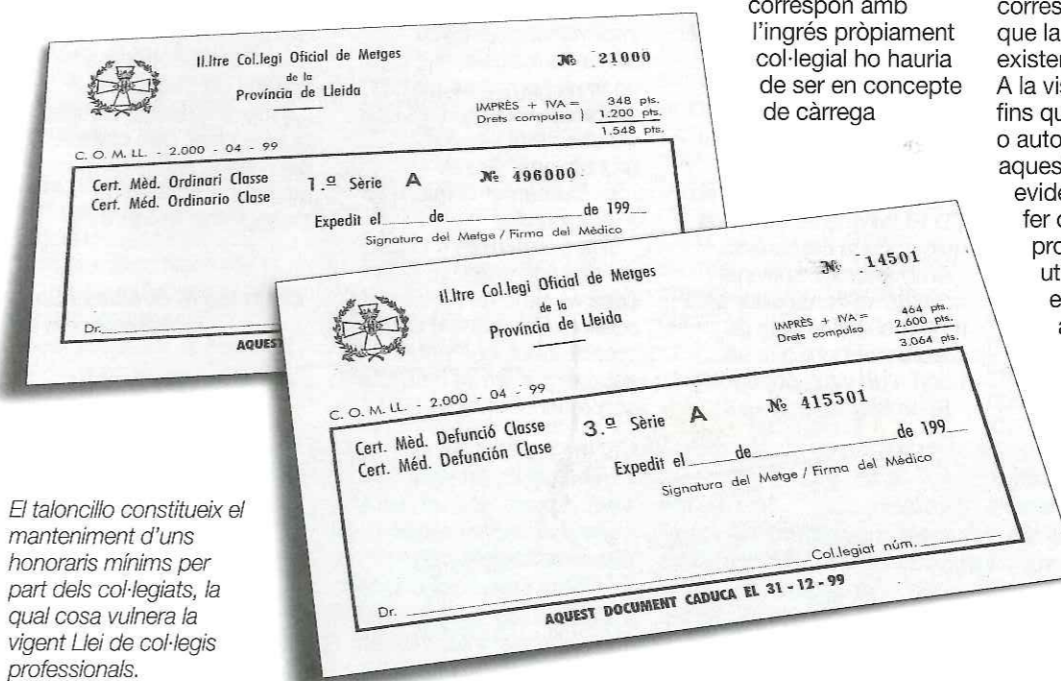
justifiqui. 2.2. Un problema fiscal, que es tradueix en el fet que una part dels serveis d'Inspecció d'Hisenda entenen que aquest ingrés que el Col·legi obté per uns determinats serveis –legalment injustificables– no formen part de les activitats pròpies col·legials i, en conseqüència, no gaudeixen de l'exempció fiscal que tenen les activitats pròpiament col·legials. Això significa, en definitiva, que els esmentats ingressos estan sotmesos a l'IVA i, en conseqüència, es pot exigir l'import corresponent als darrers quatre anys.

### Conclusió

Sembla evident que el manteniment del sistema, tal com es du en l'actualitat, resulta força discutible, i pot comportar seriosos problemes per al Col·legi. De fet, en aquests moments, són majoria els col·legis de l'Estat que han prescindit de la figura del *taloncillo*. L'opció de mantenir-lo significaria, en primer lloc, que la part que actualment incorpora els honoraris professionals hauria de ser fixada amb caràcter d'honoraris simplement orientatius, i que la part que es correspon amb l'ingrés pròpiament col·legial ho hauria de ser en concepte de càrrega

col·legial. Ara bé, l'establiment d'aquesta càrrega col·legial hauria de ser adoptada de conformitat amb els estatuts vigents i, tot i la seva aprovació, implicaria que uns determinats col·legiats pagarien més que d'altres. Si bé aquesta qüestió es podria solucionar configurant aquests ingressos per part dels col·legiats que emetin els certificats com un ingrés a compte de la respectiva quota col·legial, es plantejarien diversos problemes pràctics de molt difícil solució. És clar que el gran avantatge que suposa el sistema actual és precisament la seva simplicitat: el consumidor final compra el certificat juntament amb el *taloncillo* i el Col·legi disposa de l'import d'una manera senzilla i neta. Qualsevol sistema que es vulgui o pugui establir, ha de tenir com a premissa que l'import del *taloncillo*, pel que fa a la part col·legial, ha d'estar configurat com a càrrega col·legial, la qual cosa significa que el consumidor final ha d'identificar necessàriament el col·legiat que emet el certificat, per tal que el Col·legi pugui girar-li la quota corresponent. Això suposa que la simplicitat fins ara existent desapareixi. A la vista de la situació, i fins que el legislador estatal o autonòmic no reguli aquesta matèria, sembla evident la recomanació de fer desaparèixer progressivament la utilització del *taloncillo* en la seva forma actual, i buscar noves fórmules de finançament col·legial.

**Carles Alaman Badia, Advocat**  
(Despatx Simeó Miquel Advocats Associats SCP)



El *taloncillo* constitueix el manteniment d'uns honoraris mínims per part dels col·legiats, la qual cosa vulnera la vigent Llei de col·legis professionals.



# Virologia per a internautes

En els darrers mesos s'han fet famosos uns nous tipus de virus informàtics, que han afectat moltíssims usuaris d'Internet (p. e.: Happy99), que arriben com un fitxer afegit a un e-mail, i en obrir-lo per veure de què es tracta, s'activen i s'escampen per l'ordinador propi, amb la característica que agafen el llibre d'adreces electròniques del navegador i comencen a enviar el mateix fitxer que s'havia rebut a totes aquelles adreces. És a dir, que té la preocupant capacitat de no sols reproduir-se sinó a més d'escampar-se tot sol i de manera explosiva. Oï que tot això sona a les persones que han estudiat i coneixen dels virus biològics?

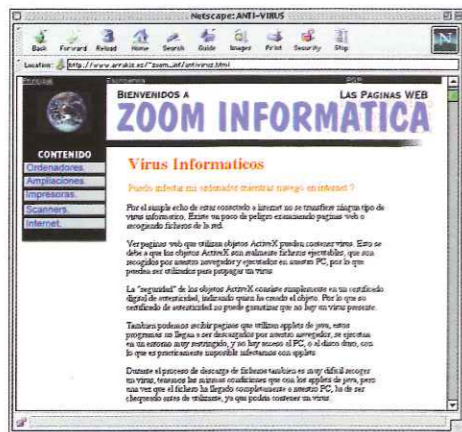
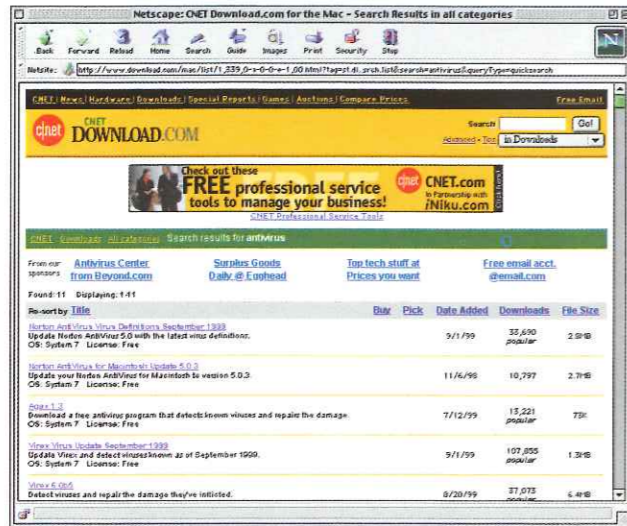
Com és lògic, es tracta d'una novetat preocupant, i que exigeix mesures. Doncs bé, resulta que els coneixements dels virus biològics també poden servir per prendre mesures per tal d'evitar els virus informàtics. Vegem-ho, doncs, per ordre d'importància:

1.- Mesures higièniques bàsiques (de barrera)

Cal tenir molt clar que un virus informàtic sempre arribarà *adormit* en forma d'un fitxer, sovint com un programa, i que s'ha d'executar per *despertar-lo*, i si no se'l *desperta* no farà cap mal.

Conegut això, cal ser molt desconfiats i mirar sempre quan arriba un fitxer annex a un e-mail, qui l'envia i si realment s'estava esperant, i si hi ha dubtes, deixar-lo estar i, en tot cas, confirmar l'enviament amb un altre e-mail o una trucada telefònica.

2.- Mesures d'immunització activa



A Internet hi ha moltes pàgines amb informació sobre els virus informàtics i els tractaments adequats per als ordinadors infectats.

(vacunes)  
És del tot recomanable i necessari disposar en l'ordinador de la darrera actualització d'algun dels antivirus més coneguts. Per si no es sap, gairebé tots ells tenen *demos* gratuïtes que es poden baixar per Internet o trobar fàcilment en alguna de les moltes revistes d'informàtica amb CD ROM que es troben al quiosc de la cantonada.  
Amb aquests antivirus activats en l'ordinador serà molt més difícil patir la *malaltia* sempre que es tracti d'un virus conegut. El problema, com ja es

recuperar una gran part de les dades que estaven en el disc dur.

Si es té uns mínims coneixements d'informàtica, sempre pot usar-se els programes antivírics que ja reconeguin aquell virus, per tal de desinfectar-ho tot. I també altres eines per reparar els danys produïts.

4.- "Home previngut val per dos"

Si es pensa que és el que realment és un desastre total irrecuperable, es veurà que ho és perdre tot allò que ha costat molt i moltes hores d'introduir en l'ordinador. És a dir les dades, com ara els articles que s'estan escrivint, les dades bibliogràfiques, les adreces que es necessita, les bases de dades que s'ha anat recollint..., o sigui, el fruit d'hores i hores de treball.

Doncs bé, cal deixar ben clar que s'ha de tenir sempre una còpia de seguretat de tot allò que tant s'aprecia i es necessita. I la resta de programes, sempre es poden tornar a instal·lar.

Aquesta còpia és molt fàcil de fer amb la funció *backup* o còpia de seguretat que té el sistema operatiu, en disquets de 3.5", i d'una forma quasi automàtica, o també en altres sistemes com ara Zip lomega, o un CD ROM regravable, que són més recomanables per a alts volums de dades.

Espero que amb aquestes quatre idees ben clares i ben aplicades es pugui *navegar* amb més tranquil·litat i seguretat.

**Dr Josep M Greoles i Sole**  
jgreoles@coml.es

2.- *Demos* de programes antivirus:  
www.download.com = utilities = antivirus  
www.shareware.com id id  
www.windows95.com

3.- Noms comercial d'antivirus:  
Al nostre país www.pandasoftware.com  
Altres d'abast internacional: Norton, Dr. Solomon, AVP, MacAfee, etc...

**ADREÇES D'INTERÈS**  
1.- Pàgines personals amb informació:  
www.moon.inf.uji.es/~fiordo/infovir/virusind.htm  
www.arrakis.es/~zoom\_inf/antivirus.html  
www.members.tripod.com/~urogallo/virus.htm  
www.spin.com.mx/~hugalde/virus.html  
(i molt més que es troben als cercadors amb la paraula clau= antivirus)

ACTIVITATS

## Formació Continuada. 3r Trimestre 1999

28 de Setembre

Lloc: COML  
20 hores: Casos clínics.  
Coordina: Dra. Navarro.  
20.30 hores: Actualització en farmacologia clínica I.  
Moderador: Dr. J. M. Casanova.

1. Fàrmacs durant l'embaràs. Dra. I. Mangues, farmacèutica adjunta del Servei de Farmàcia de l'HUAV.
2. Interaccions medicamentoses: consideracions pràctiques. J. A. Schoenenberger, farmacèutic adjunt del Servei de Farmàcia de l'HUAV.
3. Fàrmacs genèrics. L. Galvan, farmacèutic del SCS, Direcció d'Atenció Primària.

26 d'octubre

Lloc: COML  
20 hores: Com tractaria vostè? Coordina: Dr. E. Peñascal.  
20.30 hores: Actualització en malalties vasculares.  
Moderador: Dr. J. M. Porcel.

1. Conducta que s'ha de seguir quan hi ha un buf carotídi. Dr. Jover
2. Conducta que s'ha de seguir en atenció primària quan hi ha un pacient que té úlceres a les cames. Dr. de Frutos.

23 de novembre

Lloc: CAP de Balaguer  
20 hores: Casos clínics.  
Coordina: Dra. Navarro  
20.30 hores: Actualització en reumatologia.  
Moderadora: Dr. A. Navarro  
1. AINES en el vell. Dra. D. Boquet  
2. Estudi del dolor d'esquena en el pacient jove. Dr. Pallisó  
3. Espatlla dolorida. Dra. A. Vazquez

14 de desembre

Lloc: COML  
20 hores: Casos clínics.  
Coordina: Dra. Navarro  
20.30 hores: Actualització

en malalties psiquiàtriques.  
Modera: Dra. B. López

1. Trastorns d'angoixa. Agarofòbia. Dr. A. García-Castrillón
2. Tractament antidepressiu. Ús i abús. Dr. M. J. Luna.
3. Tractament del pacient agitat. Dra. I. Irigoyen.

## Tallers, 20 de novembre de 1999

Organitzats de forma coordinada entre la Secció de Formació Continuada del Col·legi de Metges de Lleida i la Vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

1. Cirurgia menor. Responsable: Dr. Joan Basas Bacardit. Hospital General d'Igualada  
Contingut:  
- Material de sutura i anestèsics: ús i administració  
- Línies de Lange  
- Tipus de sutures  
- Tancament de ferides  
- Pràctiques de sutura amb material biològic (tipus i tècniques)  
10 alumnes per taller  
3 tallers de 5 hores (1 hora teòrica i 4 de pràctiques) (divendres, 19 de novembre, de 16 a 21; dissabte, 20 de novembre, de 9 a 14; tarda, de 16 a 21).

2. Taller d'APOC: El programa EPI-INFO en estudis comunitaris. Docent: Dr. Carlos Martín Cantera. Especialista en MFiC, membre del grup APOC de la SCMFIC. Professor del mòdul d'EPI-INFO al Màster de Medicina Tropical de la Universitat Autònoma de Barcelona. Objectiu: l'alumnat aprendrà els aspectes bàsics del programa EPI-INFO i la seva aplicació en estudis comunitaris. Metodologia: explicació teoricopràctica amb ordinadors.

Contingut:  
1. Instal·lació del programa EPI-INFO  
2. Els mòduls bàsics del

programa: EPED, ENTER, ANALYSIS, IMPORT, EXPORT, MERGE, STAT-CALC i CSAMPLE.

3. Aplicació mitjançant un exemple pràctic. Durada: 4 hores. Material: als assistents se'ls lliurarà el programa EPI-INFO (3 disquets de lliure distribució i un disquet amb un exemple) i un material de lectura bàsica.

3. Taller de radiologia de tòrax. Responsables: Dr. José M. Porcel, prof. de Medicina de la UdL i metge adjunt del Servei de Medicina Interna de l'HUAV i Dr. M. Vila, prof. de Pneumologia de la UdL i metge adjunt del servei de MI de l'HUAV. Durada: 3 hores. Metodologia: discussió de casos clínics de radiologia de tòrax. Nombre d'alumnes: 30.

Lloc on es duren a terme els tallers: unitat docent de l'HUAV de la Facultat de Medicina (el lloc exacte s'anunciarà als participants). Import de la matrícula: 3.000 ptes. per taller (el cost real és d'unes 7.000 ptes., però la resta es finançarà de forma conjunta entre el pressupost de formació continuada del COML i la Vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina de Família. Els tallers són per un nombre limitat de participants. Es prega que totes les persones interessades facin arribar la butlleta d'inscripció per correu a la seu del col·legi. Les matrícules s'acceptaran per estricta ordre d'arribada. Si algú vol participar en més d'un taller ha de fer constar l'ordre de preferència.

MOVIMENT

Altes juliol

Pedro Javier Masso Allende, nou titular, de Lleida.  
Daniel Carmona Sala, nou titular, de Bellaguarda.  
Amalia M. González Jiménez, nova titulara, de

Lleida.  
Ana M<sup>a</sup> Llusa Parramon, nova titulara, de Lleida.  
Maria Mur Lain, nova titulara, de Lleida.  
Eduardo Bodet Agustí, de Les Borges Blanques.  
Olga Poveda López, nova titulara, de Saragossa.  
Cecilia Lobet Pina, nova titulara, de Penelles.  
Ana M<sup>a</sup> Moreno Pena, nova titulara, de Lleida.  
Eva Artigau Nieto, nova titulara, de Lleida.  
Laila Al-Joula Llorente, nova titulara, de Lleida.  
Carmel Vidal Nieta, nou titular, d'Alcanó (Lleida).

M<sup>a</sup> del Carmen de la Hoz Regules, nova titulara, de Igualada (Barcelona).  
José Luis Muñoz Pastor, nou titular, de Vielha.  
Pablo José Sanz Martín, nou titular, de Lleida.  
Marta Muntané Pascuet, nova titulara, de Sitges (Barcelona).  
Mónica Amorós Brotons, procedent de Barcelona.  
Óscar Ramon Giménez Bercebal, nou titular, de Lleida.

José Ignacio García Lobera, nou titular, de Lleida.  
Elena González Cañas, procedent de Barcelona.  
Pau Forcada Calvet, nou titular, de Lleida.  
Neus Soler Solé, procedent de Barcelona.  
Francesc Xavier Michelena Gil, procedent de Villassar de Mar (Barcelona).  
Jaume Ortonoves Gil, que reingressa al Col·legi (Montardit de Baix).

**Altes agost**  
Marta Albareda Cañadell, que reingressa al Col·legi.  
Javier García Cortes, nou titular, de La Seu d'Urgell.  
Anabel Gascón Chopo, nova titulara, de la Seu d'Urgell.  
David Sánchez-Nieves Fernández, Madrid, procedent de Madrid.  
Xavier Bosch Hidalgo, procedent de Barcelona.  
Xiomara Natalia Moiset-Horruitiner, procedent de Santiago de Cuba.

Altes juliol

Pedro Javier Masso Allende, nou titular, de Lleida.  
Daniel Carmona Sala, nou titular, de Bellaguarda.  
Amalia M. González Jiménez, nova titulara, de

Habilitacions

M<sup>a</sup> Isabel Domingo Aranda, des d'Osca  
José Miguel Buñuel Granados, des de



Saragossa.  
Roger Venancio Zambrana López, des de Terol.  
M<sup>a</sup> de los Llanos Lorente Aroca, des de València.  
José Daniel Lacasta García, des d'Osca.

#### Baixes

Joaquín Cava Almuzara, defunció.  
Sal-lustia Estadella Albinyana, defunció.

#### Canvis

Alberto Sasot Bach, col·legiat honorífic amb efecte 30/06/99.

### CASOS CLÍNICS

#### Des de l'ABS de l'Eixample (Lleida)

Paciente de 62 años, sin hábitos tóxicos y antecedentes patológicos de hiperuricemia, hipercolesterolemia, intervenido de doble lesión aórtica y cardiopatía isquémica, con recambio valvular y *by-pass* aortocoronario. Tratamiento actual atorvastatina y acecumarol.

En agosto de 1997, consultó por disuria, polaquiuria, impotencia, edemas maleolares, tristeza, anhedonia, insomnio, pérdida de peso (2 kgr./mes) y algún episodio de rectorragias. Estudio urólogo: ecografía, hipertrofia benigna de próstata. Estudio digestivo: analítica anemia normocítica, hernia de hiato en el TGED, en la gastroscopia erosión a nivel del antro, rectoscopia normal.

Inició clínica de lumbociatalgia bilateral en enero de 1998: TAC lumbar prolapso a nivel de L4-L5 y L5-S1, realizándose laminectomía media L3-L4-L5 y discectomía L4-L5.

Analítica preoperatoria: anemia normocítica normocrónica.

Posteriormente a la intervención de columna, consultó por astenia, tristeza, ganas de llorar, bradipsiquia, falta de concentración, somnolencia, mialgias proximales y episodios de hematoquecia.

Analítica realizada en

nuestro centro: anemia normocítica, Fe bajo, ferritina normal, VSG y proteína C elevadas, T4 libre baja y TSH normal.

Remisión a endocrino para estudio de hipotiroidismo secundario.

Exploración física: hipotensión, facies abotargada, piel fina y coloración subic-térica, poco vello axilar y pubiano, testes tamaño prepuberal (< 3 cm.), edemas maleolares.

Analítica basal: anemia normocítica, normocrómica, T4 libre baja, TSH normal, PRL normal, testosterona baja, FSH y LH normal, cortisol y ACTH descendidos.

Diagnóstico de fallo hipotálamico o hipofisario:

- Megatest-triple estímulo hipofisario: se administró ACTH, GnRH y TRH y no hay estímulo de LH, FSH, TSH.

- Test de la hipoglucemia insulínica: no responde GH ni cortisol.

Diagnóstico de confirmación: panhipopituitarismo anterior. Diagnóstico etiológico: TAC craneal: masa a nivel selar homogénea de 25 mm. Campimétrica por confrontación descartó afectación quiasmática.

Densitometria ósea: normal.

Tratamiento:

- Médico: hidroaltesona, tiroxina, testosterona.  
- Cirugía: adenectomia selectiva vía transesfenoidal y resección tumoral.

L. Montull, J.M. Sagrera

#### "El circuit" de la tuberculosis

La tuberculosis, una malaltia infecciosa coneguda des de l'antiguitat, continua essent un dels principals problemes de salut a nivell mundial i, tan sols aquesta dècada, n'hauran aparegut al món noranta milions de nous casos. Segons xifres de la OMS, un 30 per cent de tota la població mundial és portadora del bacil tuberculós, divuit milions estan malalts i tres milions de persones moren anualment per tuberculosi. Hi ha una gran incidència en països pobres on les males condicions sanitàries i els pocs recursos econòmics afavoreixen el seu creixement.

El nombre de casos a Catalunya va anar augmentant fins a l'any 1992, amb una disminució posterior. Tenim una de les incidències més elevades dels països occidentals (uns 37 nous casos per 100.000 habitants i any) i l'àrea de Lleida és la segona en freqüència després de Barcelona.

La tuberculosi es concentra més a les dècades mitjanes de la vida i a partir dels 70 anys, així com en grans nuclis urbans marginals, en toxicòmans, en VIH, en grups d'immigrants i en centres penitenciaris. La forma més freqüent és la pulmonar (63%), bacil·lífera (i per tant transmissible) en moltes ocasions.

Des de l'any 1982 el Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi controla, a partir de totes les declaracions de casos i d'una recerca activa, l'evolució de la Tbc. El Registre Central rep, depura i gestiona les Fitxes Epidemiològiques.

En la vessant assistencial i preventiva, l'Atenció Primària i els hospitals són el puntal en el diagnòstic i tractament dels malalts. A la Consulta de Tuberculosi, ubicada al servei de Medicina Interna de

col·legis d'àmbit català.

Oferta de cursos de formació mèdica continuada a través d'Internet sense cap cost econòmic.

Signatura d'un conveni de col·laboració amb l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya.

Informació sobre la presentació de PAIMM a directius mèdics de Lleida i sobre l'assistència a la Jornada de Treball de Secretaris sobre PAME, que va celebrar-se a Barcelona.

Assumpció de la vocalia de metges en atur per part del doctor Ramon Mur Garcés, ja que va quedar vacant per la renúncia de la doctora M. Pilar Biendicho, que s'ha traslladat a Barcelona per treballar-hi de metgessa resident.

Assumpció de la vocalia de metges en atur per part del doctor Ramon Mur Garcés, ja que va quedar vacant per la renúncia de la doctora M. Pilar Biendicho, que s'ha traslladat a Barcelona per treballar-hi de metgessa resident.

Assumpció de la vocalia de metges en atur per part del doctor Ramon Mur Garcés, ja que va quedar vacant per la renúncia de la doctora M. Pilar Biendicho, que s'ha traslladat a Barcelona per treballar-hi de metgessa resident.

Assumpció de la vocalia de metges en atur per part del doctor Ramon Mur Garcés, ja que va quedar vacant per la renúncia de la doctora M. Pilar Biendicho, que s'ha traslladat a Barcelona per treballar-hi de metgessa resident.

### Acords i projectes de la Junta del Col·legi

Els acords adoptats en la sessió ordinària de la junta de govern del 8 de juliol passat són els següents:

Modificació de la pòlissa d'assegurança de responsabilitat civil professional per als metges jubilats per tal que puguin estar coberts fins als 83 anys mitjançant el pagament del 10 per cent de la prima normal.

Nomenament de la doctora Rosa M. Pérez i Pérez i de l'assessor jurídic Carles Alaman -del despatx Simeó Miquel- com a representants dels col·legiats de Lleida en la comissió redactora dels nous estatuts que unificaran els quatre

### Convocatòria de l'assemblea de col·legiats per a la tarda del dia 22 del mes d'octubre vinent

l'Hospital Arnau de Vilanova s'atenen els malalts tuberculosos i s'estudien els seus contactes.

El seguiment supervisat del tractament és fonamental tant per reduir el període de contagi com per assegurar la curació dels pacients. La denominada Teràpia o Tractament Observat Directament (TOD) és obligada quan es preveu un mal compliment del tractament i es disposa d'un equip a l'abast (ETODA) per aquests casos.

Teresa Puig Ganau

#### Hipertensió arterial refractària

Antecedents personals: mestressa de casa de 44 anys amb tres fills.

Antecedents patològics: sense antecedents patològics d'interès, excepte l'hàbit de fumar (15 cigarrets per dia).

Malaltia actual: sensació de cos estrany faringi i cefalea.

Exploració física: l'exploració per aparells no té interès, a excepció del seu pes, que és de 78 kg; la talla, de 152 cm (IMC 34); i la tensió arterial, de 282/160 mmhg com a mitjana de tres determinacions. En la consulta es diagnostica faringitis, que es tracta amb antiinflamatoris.

Atesa la tensió arterial detectada i l'obesitat, se li recomanen mesures higiènicodietètiques, se sol·licita analítica, ECG i radiografia de tòrax. Fins a la propera visita se li recepta trandolapril (2 mg/dia).

Proves complementàries: al cap de pocs dies acut a la consulta i es comprova que l'analítica és normal.

L'ECG presenta ritme sinusal a 118 batecs/minut amb signes d'hipertrofia ventricular esquerra.

La radiografia de tòrax mostra signes compatibles amb cardiomegalia.

Evolució: la tensió arterial a la segona visita és de

188/120 mmhg com a mitjana de tres determinacions, per la qual cosa s'afegeix hidroclorotiazida, 12'5 mg per dia.

Durant el seguiment de la pacient no es controlen les xifres tensionals encara que se va afegir verapamil, 240 mg per dia.

Al cap de pocs mesos del diagnòstic, la pacient presenta de forma sobtada pèrdua de força a la mà dreta, per la qual cosa és enviada a urgències a l'hospital de referència, on li és diagnosticat un accident vascular cerebral transitori. Aquí, se li practica un estudi que descarta que tingui hipertensió secundària i que els òrgans diana s'hagin vist afectats.

Com a tractament li és prescrit acetilsalicílic, 200 mg per dia; atenolol, 50 mg per dia; mantenen l'hidroclorotiazida i el trandolapril; i se li canvia el verapamil per amlodipi, 10 mg per dia.

Actualment, tot i que encara segueix el tractament, la pacient continua amb cefalea. De forma esglaonada se li ha afegit doxazosina, fins a la dosi de 4 mg per dia, sense que s'hagi aconseguit el control de la seva tensió arterial.

La pacient pren la medicació que s'ha descrit abans, té cefalea quasi constant i les seves tensions arterials mai no són inferiors a 150/96 mmhg.

Discussió: és molt important ressaltar la necessitat de mesurar de forma sistemàtica (per sistema, sempre) la tensió arterial a tota persona que acut a la consulta, per qualsevol motiu, com a mínim la primera vegada.

Encara que a la pacient no se li havia diagnosticat prèviament hipertensió arterial, es va decidir tractar-la després de la primera visita perquè presentava una sospita d'hipertensió de grau 3 (greu), associada amb altres factors de risc (obesitat) i clínica compatible amb hipertensió (cefalea).

Les complicacions de la hipertensió arterial no són infreqüents, fins i tot al grup de pacients joves. Davant

un cas similar, cal descartar hipertensió secundària com es va fer a l'hospital.

Hipertensió refractària és aquell procés d'hipertensió que, després de comprovar l'acceptació i el compliment del tractament per part del malalt, no s'aconsegueix que descendeixin les xifres tensionals per sota de 140/90 mmhg mitjançant una triple teràpia racional, que inclou un diürètic, amb dosis properes a les màximes recomanades. Aquesta no és una patologia aliena a les nostres consultes.

Bibliografia:

1- *The Sixth Report of the Joint Nationale Committee (JNC-VI) on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure*, Nationale Institutes of Health: National Heart, Lung, and Blood Institute, 1997.

2- *Directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión para el tratamiento de la hipertensión*, 1999.

3- Antonio Coca; Alejandro de la Sierra. *Decisiones clínicas y terapéutica en el paciente hipertenso*, Editorial Médica JIMS SL, Barcelona, 1998.

4- Norman M. Kaplan. *Hipertensión Clínica*, Waverly Hispánica SA, Editorial médica, Barcelona, 1997.

5- M. de la Figuera; A. Dalfó Baqué. "Atención Primaria" (capítol 33). A: *Hipertensión arterial*, quarta edició, A. Martín Zurro i J. F. Cano. Editorial Harcourt Brace, Madrid, 1999.

Valentí Martínez i Alonso  
CAP Mollerussa  
ABS Pla d'Urgell

#### Estrategias de seguimiento después de un primer episodio de ictus

Introducción:  
El 75% de los ictus se producen en mayores de 65 años. En los últimos años se están produciendo cambios en la estrategia de

diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los pacientes. En esta exposición se revisarán fundamentalmente aspectos controvertidos, que afectan a la atención domiciliaria de los pacientes que han sido dados de alta desde el servicio de urgencias o de las unidades de hospitalización. Tomaremos como referencia las recomendaciones de las sociedades españolas de Neurología y de Geriatria.

Controversias en el diagnóstico:

En este apartado se discutirán los siguientes aspectos:

a. Criterios diagnósticos. Pruebas complementarias necesarias. Realización sistemática de TAC craneal o de ultrasonografía.

b. Criterios de ingreso. Criterios de alta.

Controversias en el tratamiento:

a. Neuroprotectores.  
b. Trombolisis  
Controversias en la prevención primaria y secundaria:

a. Tratamiento anticoagulante

b. Tratamiento con antiagregantes

c. Indicaciones en endarterectomía

Prevención de complicaciones en el domicilio:

a. Trombosis venosa profunda

b. Neumonía por aspiración

c. Infección de orina

d. Úlceras por presión

e. Dolor de hombro

f. Espasticidad

g. Caídas

h. Convulsiones

i. S. de dolor central

j. Depresión

Organización del seguimiento. Coordinación con la atención especializada.

Conclusiones:

Se intentará llegar a un consenso en los puntos más discutidos o polémicos, teniendo en cuenta las recomendaciones oficiales en el manejo clínico de los pacientes con CVA y la situación real de la ciudad de Lleida.

Dr. Marcos Serrano  
Servicio Sociosanitario.  
Gestió de Serveis Sanitaris



**XIV Congreso  
Nacional  
de la Sociedad  
Española de  
Educación Médica**

**L'ensenyament  
de la medicina**



**I Congrés de  
l'Associació  
Catalana  
d'Educació Mèdica**

**per al metge  
del segle XXI**



**Lleida, 21 -23 octubre 1999**

Declarat d'Interès Sanitari  
pel Ministeri de Sanitat i Consum

Declarat d'Interès Sanitari per l'Institut  
d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya