

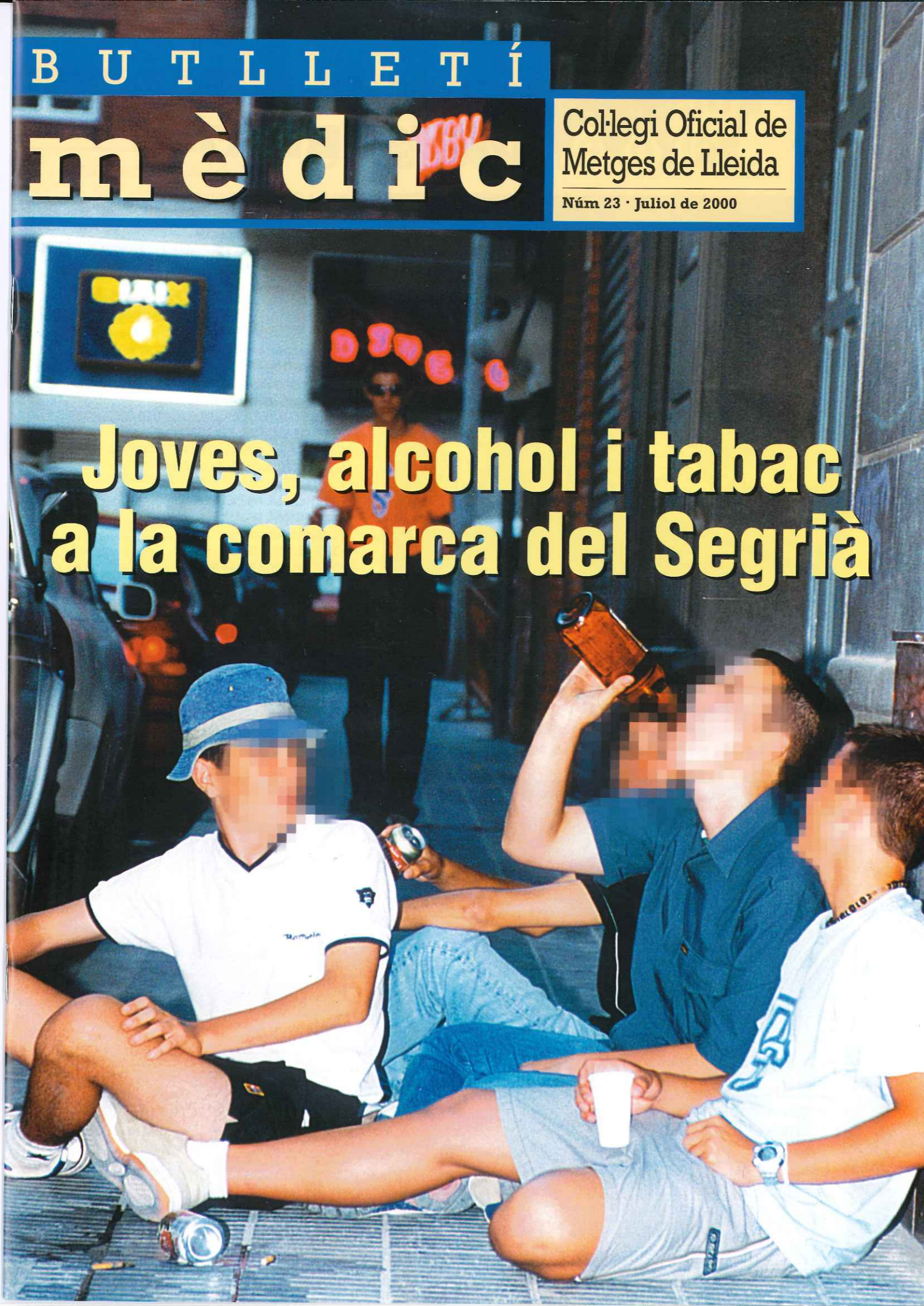
B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

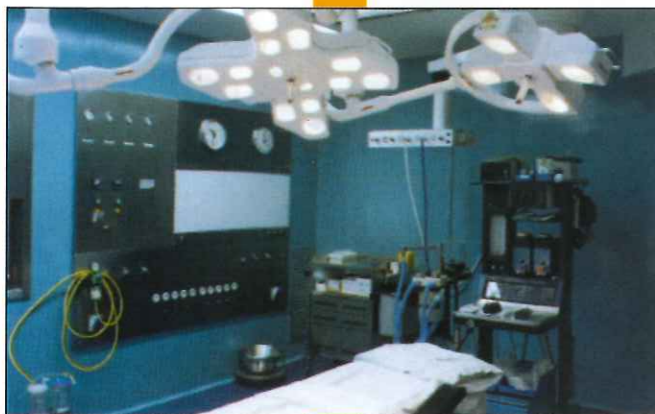
Núm 23 · Juliol de 2000

# Joves, alcohol i tabac a la comarca del Segrià





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



#### NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



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

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

Número 23, juliol de 2000

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

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

**Director:** Joan Flores González  
**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació  
**Disseny i Maquetació:**  
Baldo Corderroure  
**Fotografia:** AiS Fotografia  
**Correcció:** Dolors Pont  
**Publicitat:** COML  
**Fotomecànica:** Euroscript, SL  
**Impressió:** Artis/ e.g.  
Dipòsit legal: L-542/1999  
ISSN: 1576-074 X

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

#### TARIFES PUBLICITÀRIES

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

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

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

## Un front comú contra el consum de tòxics

El principal problema addictiu que pateix la nostra societat continua essent l'abús i la dependència de l'alcohol. D'un consum regular, gairebé diari, del glopet de vi dels adults per a ús gastronòmic, els joves han passat a un consum d'alcohol els caps de setmana com una manera d'omplir el temps d'oci.

L'impacte que això suposa per a la salut, l'economia, el treball i la família ens exigeix desenvolupar processos preventius del consum de tòxics. La prevenció s'ha d'adreçar, a més, prioritàriament a la població jove, consumidora habitual de cerveses i begudes destil·lades.

A Espanya, els accidents de trànsit constitueixen la primera causa de mort dels nois i noies menors de 25 anys, els quals inverteixen en copes uns 600.000 milions de pessetes l'any. El nostre país dona tot tipus de facilitats a l'hora de vendre alcohol, ja que disposa de 300.000 llocs on es pot adquirir i consumir.

D'altra banda, els joves són la població que menys freqüenta els dispositius sanitaris, sobretot els relacionats amb la salut mental. Així, encara que el 50% dels escolars de la comarca del Segrià s'han emborratxat almenys una vegada i el 70% es declara consumidor d'alcohol, només un 1% rep tractament sanitari.

Aquesta preocupant situació no té una solució gaire eficaç fins ara, malgrat que l'activitat terapèutica ha incorporat nous recursos farmacològics, psicològics, preventius i d'orientació. Per tant, cal cercar les possibles causes que provoquen malestar i crisis d'identitat en el jovent, ja que sembla que res no els motiva i, enllaunats en locals estridents, comencen el camí de beure perquè "els ajuda a trobar-se bé", segons ells mateixos. Pels motius esmentats, és urgent organitzar un front comú que arbitri mesures polítiques, sanitàries i jurídiques per intensificar les estratègies de prevenció i de tractament del consum de tòxics.



#### sumari

### La informàtica a la Medicina

Articles d'opinió dels doctors  
Miquel Butí i Manuel Guiu

PÀGINA 04

### El consum de tabac i alcohol entre els joves del Segrià

Doctor Àngel Pedra, psiquiatra

PÀGINA 14

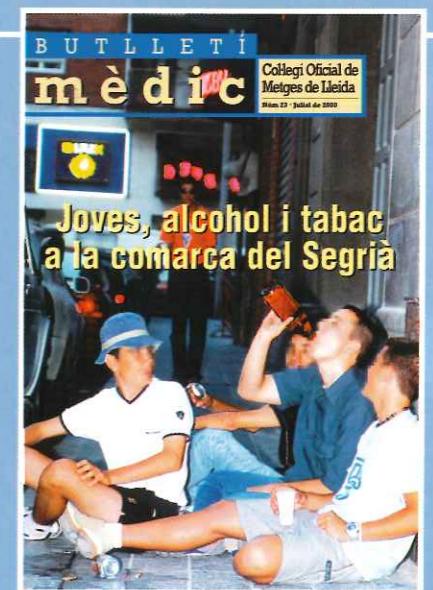


Foto portada: AIS FOTOGRAFIA

# Informàtica en Assistència Primària

Dr. Miquel Buti i Solé · ABS Eixample

**E**l processament i l'avaluació de les dades ha estat una part primordial de l'Assistència Primària (AP). Aquests conceptes impliquen els diferents processos de les activitats mèdiques diàries generades en els centres de salut, ja siguin en l'àmbit rural o en l'urbà. El primer gran pas es va donar amb la formació dels equips d'AP amb la introducció de les modificacions derivades del treball en equip tant sanitari com administratiu. Les formes de registre a través de fitxes d'edat i sexe i la introducció d'una història clínica d'AP van representar un primer pas important. En l'actualitat tenim un gran repte per endavant en l'AP: la informatització de les tasques que habitualment es duen a terme en un centre de salut.

La informatització no és una tasca fàcil. Comporta un canvi en els estils de treball de totes les persones d'un centre, així com en les relacions amb els usuaris de salut que hi acudeixen.

L'ideal en els centres és la informatització global, per mitjà de programes que integrin totes les tasques que s'hi realitzin i que permetin comunicar amb altres centres. Per fer-ho no solament és important el programa seleccionat per realitzar les tasques, sinó també, i fins i tot més important, preveure una bona preparació de l'entorn on es vol aplicar el programa. Cal desenvolupar els següents aspectes:

- Dotar el centre d'una xarxa de comunicació que integri tots els llocs d'accés dels diferents professionals. Els punts d'administració, llocs de tasques sanitàries i llocs de treball en equip han de presentar un punt d'entrada al sistema (ordinador) i la majoria d'ells han de tenir la possibilitat de transmetre en forma de paper informació (impressora).

- Els llocs de treball han de ser ergonòmicament acceptables –no dic ja ideals– sense entorpir la relació metge-pacient.

- Preparar els professionals per al maneig de les diferents possibilitats que implica la informatització.

- Preveure l'actualització a diferents nivells, tant de material com de persones.

- Tenir vies de comunicació acceptables amb altres àmbits de la

xarxa sanitària.

Sense aquests requisits la informatització global del centre està poc donada a tenir èxit.

En un segon terme queda el programa informàtic que s'ha d'utilitzar, que ha de permetre una comunicació fàcil entre el professional i l'eina física de l'ordinador, no ha d'entorpir la relació metge-malalt, ha de tenir una capacitat de programació flexible per adequar les necessitats individuals i d'equip, ha de permetre un treball administratiu àgil, i que generi resultats de forma immediata (visites, derivacions, proves complementàries), ha de ser accessible a altres centres i àmbits sanitaris (urgències, CAP II, laboratori, radiologia), i per últim, ha d'integrar la informació en cada pacient.

Aquesta situació ideal no es dona actualment en cap programa.

L'abordatge de la informatització presenta avui diferents punts d'inici:

1. **Actuació global:** són propostes institucionals, amb uns criteris dictats des de components políticoadministratius, amb un abast molt ampli i dirigides normalment a la cobertura d'un país.

La més representativa a Catalunya és la que va iniciar-se des del Servei Català de la Salut (SCS) a través de la formació d'un programa al qual poguessin accedir tots els centres. El programa, anomenat Sistema Informàtic d'Atenció Primària (SIAP), està suportat per una xarxa de comunicació pròpia del SCS.

La funció del SIAP ha estat i és purament administrativa i no cobreix de moment –fins a la seva transferència a l'ICS– tots els centres d'AP. La possibilitat de maneig del programa és realment difícil, amb àmplies restriccions i presenta una implementació i actualització de dades poc àgil. El SIAP ofereix poques possibilitats d'aplicació en la consulta diària en l'àmbit mèdic, tot i que té els avantatges de la seguretat i de ser el mateix programa per a tots els centres, per la qual cosa permet un intercanvi d'informació entre les diferents àrees –no entre els diferents sectors sanitaris–. De moment, sembla que el grau d'inversió i esforços realitzats no ha resolt les expectatives que es tenien d'aquest programa.

2. **Actuació en un ABS:** en aquest apartat les actuacions són diverses.

Es pot informatitzar parcialment un centre, donant una cobertura física d'entrada a les dades informatitzades parcials –diversos ordinadors en el centre, comunicats per una xarxa local– que permet l'accés a tots els professionals, però sense cobrir la demanda diària, sobretot de tasques que poden considerarse de grup.

L'exemple més conegut és el programa RISC, generat per l'ICS. Aquests programes permeten l'activitat administrativa de registre (informació administrativa dels pacients, factors de risc, control d'IL i de prescripcions autoritzades), així com l'actuació en forma de campanyes (vacunacions) o la valoració de grups de població de risc (EPOC, diabetis, cardiopaties, etc.).

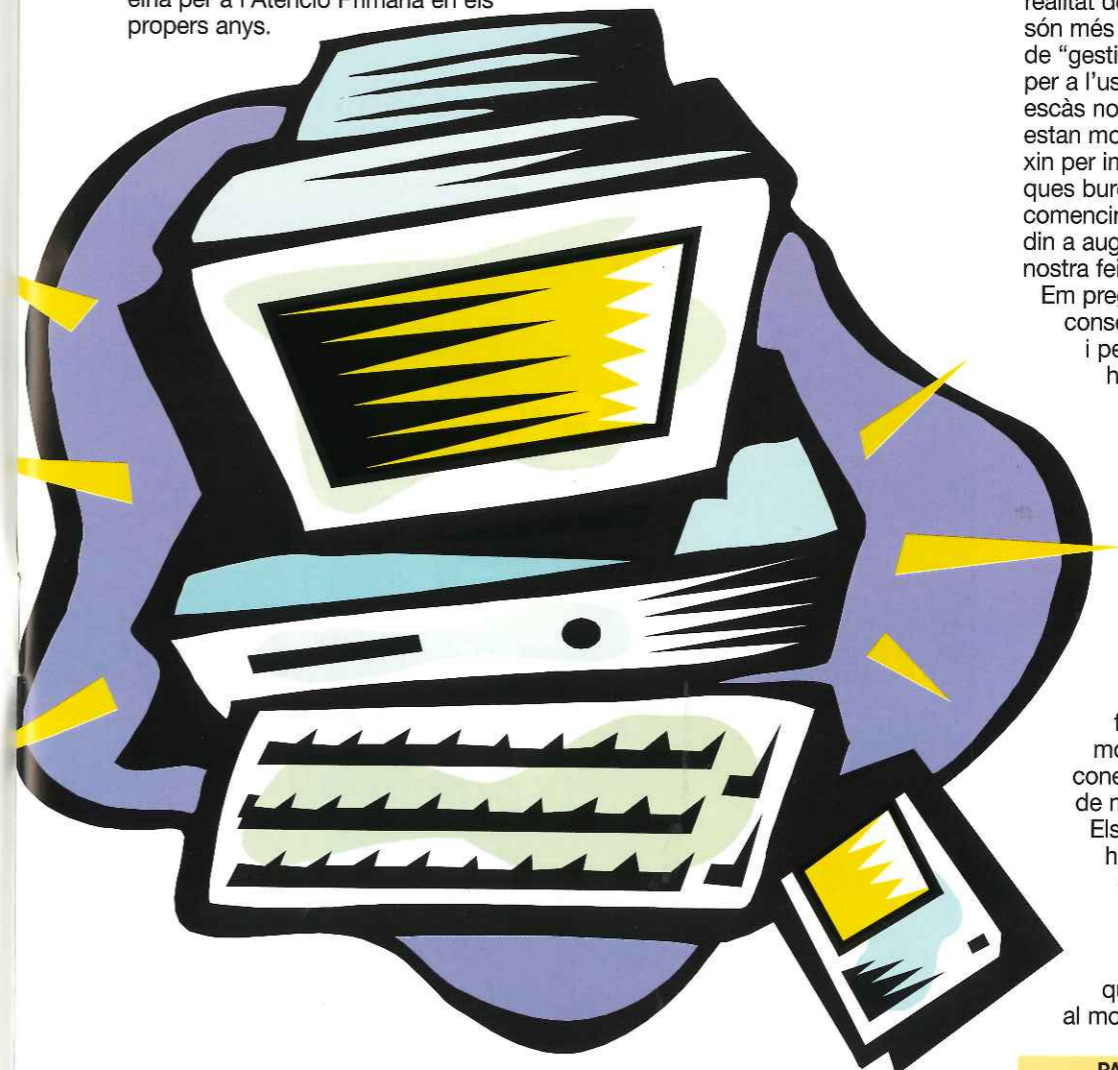
Els programes pateixen una manca de privacitat important, que només depenen de la voluntat dels professionals que els fan servir; l'actualització de les dades necessita una bona conscienciació dels usuaris, ja que en cas contrari s'acumulen residuals que n'entorpeixen l'operativitat; és una tasca que s'ha de dur a terme fora de les activitats sanitàries diàries; no permet, igual com els programes globals, una interacció entre pacient i professional sanitari; té els avantatges de la fàcil utilització i d'adaptació al centre on es treballa; les dades del centre s'obtenen d'una forma ràpida i manejable i són un primer pas de contacte entre els professionals sanitaris i la informatització. Però només això, un primer pas.

Una segona actuació duta a terme actualment és la informatització de totes les tasques. Es fan diverses proves tant en l'àmbit urbà (La Salut (Badalona), El Raval (Barcelona), Terrasa, Sant Cugat, Vic, Mollerussa o Cervera) amb nivells de cobertura i d'èxit variable. Aquesta informatització representa l'eliminació de la història clínica d'AP en paper, la presència d'ordinadors en totes les consultes i en la zona administrativa.

S'han presentat solucions des del punt de vista individual per al treball del professional sol (activitat privada), o bé que impliquin a tot l'equip (SIAPWIN, OMNI-AP, etc.). Totes elles pateixen bàsicament d'un punt feble major: en ser l'administració qui ho compra, ja sigui privada o pública, tenen un desenvolupament per a les tasques administratives prou acceptable, ara bé, quan es tracta del treball sanitari, tots fan aigües. Cap d'ells és una ajuda al treball diari de diagnòstic eficient. Els programes de salut han de crear-se de nou cada cop que se'n

planteja la utilització en un centre. Tots presenten déficits importants en la transferència d'informació amb altres sistemes, cosa que dificulta la comunicació amb el laboratori i amb altres àmbits de la xarxa sanitària. Per últim, el centre es converteix a partir de la utilització dels programes, en dependent de la casa comercial que subministra el programa. Malgrat tot això, aquesta possibilitat, de moment és la més acceptable, presenta avantatges prou importants: agilitat de tot el sistema administratiu del centre, bona informació de les activitats que s'hi desenvolupen, possibilitat de realitzar una activitat farmacèutica adequada, informació completa del pacient, possibilitat d'intervencions comunitàries i possibilitat de fer bons controls de diferents patologies.

En resum, informatitzar un centre sembla una bona opció, encara que no és de moment la panacea. Un petit esforç per part de l'Administració, en l'apartat que li pertany, i una resposta més seriosa per part de les cases comercials, que generen programes, pot transformar aquest "sembla una bona opció" en una eina per a l'Atenció Primària en els propers anys.



# La informàtica a la consulta mèdica

J. Manuel Guiu Bardají · Metge titular de Puigverd de Lleida

**D**es de fa 12 anys dispenso de la història clínica en suport informàtic. He viscut els primers anys d'aquest enrenou impressionant que han suposat les noves tecnologies i he sofert molts dels problemes que es van presentant quan no fas servir el paper per apuntar les dades dels pacients.

Quan un es decideix a emprar la història clínica informàtica, el dubte més gran que té, no és la decisió de quin tipus de *hardware* (bàsicament ordinador, impressora, scàner i mòdem) ha de fer servir, ja que actualment a un preu més que competitiu –i encara no ha tocat fons– es disposa d'equips que van més lluny que la nostra imaginació, sinó que un no sap quin programa

ha d'instal·lar ja que hi ha molts (uns amb un format més atractiu, uns amb millors sistemes interns, uns amb millor servei...), però el terrible problema és la falta de definició per part de l'Administració de quin serà el que es farà servir en el futur.

Aquesta és la veritable assignatura pendent de la informàtica, ja que l'ideal seria que a tot l'Estat, i millor a tot Europa, es fes servir el mateix programa, i no com ara que és una "torre de Babel", on l'Administració segueix criteris que no comprenc i en cada sector es contracten programes i serveis a empreses privades a preus impressionants, que moltes vegades no es desenvolupen ni es fan servir perquè no s'adaptin a les normes mínimes de la realitat del dia a dia de la consulta o són més programes amb un interès de "gestió" que d'utilitat pràctica per a l'usuari. Això fa que el ja escàs nombre de professionals que estan motivats en aquest tema deixin per impossible desterrar les tasques burocràtiques, el paperam i comencin a fer servir eines que ajudin a augmentar l'eficiència en la nostra feina.

Em pregunto: ¿No seria més fàcil consensuar un programa fet per i per a professionals amb una història bàsica per a tot-hom, desenvolupada per a cada especialitat i oberta a totes les personalitzacions, sense deixar els mínims comuns que ens permetin la intercomunicació amb altres companys en Primària i Hospitalària? Crec que aquesta qüestió utòpica fa uns anys, actualment és molt viable i té el suport dels coneixements i les intencions de molts professionals.

Els avantatges de tenir la història clínica informatitzada són infinits, ja que és una agrupació de dades ordenades que es poden interrelacionar i que ens donen la informació al moment del pacient: des de

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

les al·lèrgies fins a les dades personals i familiars, des de la medicació fins als problemes de salut, des de les incompatibilitats i interaccions de les receptes (tant dels medicaments entre si com per les malalties del pacient) fins a les normes tècniques que ens marquen les exploracions complementàries i els programes que hem de fer, des de les dades i dates de vacunació fins a les dades nutricionals, des de les gràfiques de tensió i glucèmia fins a la història sociofamiliar, des de l'evolució de la capacitat cognitiva fins a la visualització de Rx, ECG, fotos o vídeos, des de l'última evolució fins a la impressió d'una dieta, ordre o consell, des de la descripció dels hàbits fins al control de la ILT, des d'ajuts al diagnòstic o consultes al vademècum fins a la programació de consultes, etc, etc.

Avantatges

- Rapidesa i agilitat d'accés a la informació.
- Sistemes de control que eviten errades mèdiques per al·lèrgies, intoleràncies, interaccions, etc.
- Precisió i ordenació de les dades. Registre directe d'informes, Ecg, etc..)
- Estudis morbidemogràfics i estadístiques.
- Possibilitat d'ajut automatitzat (vademècum, codificació, protocols, impressió directa, etc..)
- Formació continuada a diari. Interaccions, incompatibilitats, Internet).
- Registres multimèdia (imatge, so, foto, vídeo).
- Possibilitat d'ús de telecomunicacions integrades (correu electrònic, videoconferències..)
- Afavorir la gestió (tant privada com pública).
- Confidencialitat (Password).
- Sistemes recordatori, normes tècniques mínimes.

Inconvenients

- Reticència del professional.
- Falta de capacitat de motivació per part de l'Administració.
- Utilització del teclat i ratolí i no del bolígraf.
- Disciplina de manteniment (còpia de seguretat, entrada de dades).
- Caducitat del hardware. Necessitat, al principi, de més temps per introduir les dades.
- "Fragilitat" dels sistemes, amb pèrdua d'informació (errors de soft i hardware, virus, hackers..)
- Viabilitat dels sistemes i pèrdua de confidencialitat en dades centralitzades.

- Necessitat d'una mínima formació.
- Problemes de programes que funcionen en xarxa.
- Problemes en les substitucions i amb altres metges.

Futur

- Connexió a altres terminals (INTERNET).
  - Desenvolupament dels sistemes experts en diagnòstic (recollida i procés de dades).
  - Integració de sistemes automatitzats de peticions i obtenció de resultats.
  - Millora en la formació continuada a la carta (aules virtuals).
  - Millora en la perdurabilitat de les dades (CD/DVD/SmartCards).
  - Xarxa integrada en l'Atenció Primària-Hospitalària.
  - Xarxa metges-infermers-auxiliars.
  - Programes amb reconeixement de veu i sistemes de diagnosi incorporats.
  - Comunicació amb bases de dades clíniques i genètiques per al tractament i la prevenció.
  - Sistemes compartits amb memòria artificial, teleecografia, teleradiologia, teleecografiadiagnòstic, etc.
- Per un altre costat també es troben defectes basats, moltes vegades, en la llei: "no demanis a la informàtica allò que tu no li has donat", és a dir, les dades s'han d'introduir i s'ha de seguir una sistemàtica i una disciplina, ja que resulta desesperant, per exemple, veure com perds el treball d'un mes perquè t'has oblidat de fer una còpia o com per no introduir adequadament les dades has de fer manualment estadístiques i informes, o com perds temps i temps i moltes il·lusions en desenvolupar una opció que després no et serveix de res.

Ara, no existeix el programa que ens treu treball, però sí l'optimització del temps. Aquí hi ha el fracàs de quasi tots els programes, ja que han de ser capaços de tenir totes les eines i les capacitats que demanem, però si per cada consulta que fas necessites més de 2 minuts per passar les dades bàsiques, aquest programa, per moltes meravelles que porti, no es farà servir i seguirem amb la idea que és millor registrar "a mà", sense adonar-nos de tots els avantatges que estem deixant.

Els programes que més s'utilitzen són: l'OMI-ap, hipòcrates 2000, el siap-win, l'hipo SEMG XXI i el medi-prog. Tots tenen coses molt bones i defectes i depèn de les necessitats de cada usuari la utilització d'un o altre -amb els problemes esmentats-.

L'adquisició d'habilitats informàtiques no és cap problema i es fa progressivament, sense adonar-nos i allò que al principi ens sembla massa complicat, de seguida és fàcil.

Vull animar-vos a tots a crear un consens, demanar i fer servir la història clínica informàtica com a pilar fonamental de l'eficiència en l'atenció als nostres pacients. I estic segur que la utilització diària serà suficient per augmentar les motivacions, il·lusions, inquietuds o simplement la curiositat d'altres companys i obrirà una apassionant porta al futur.

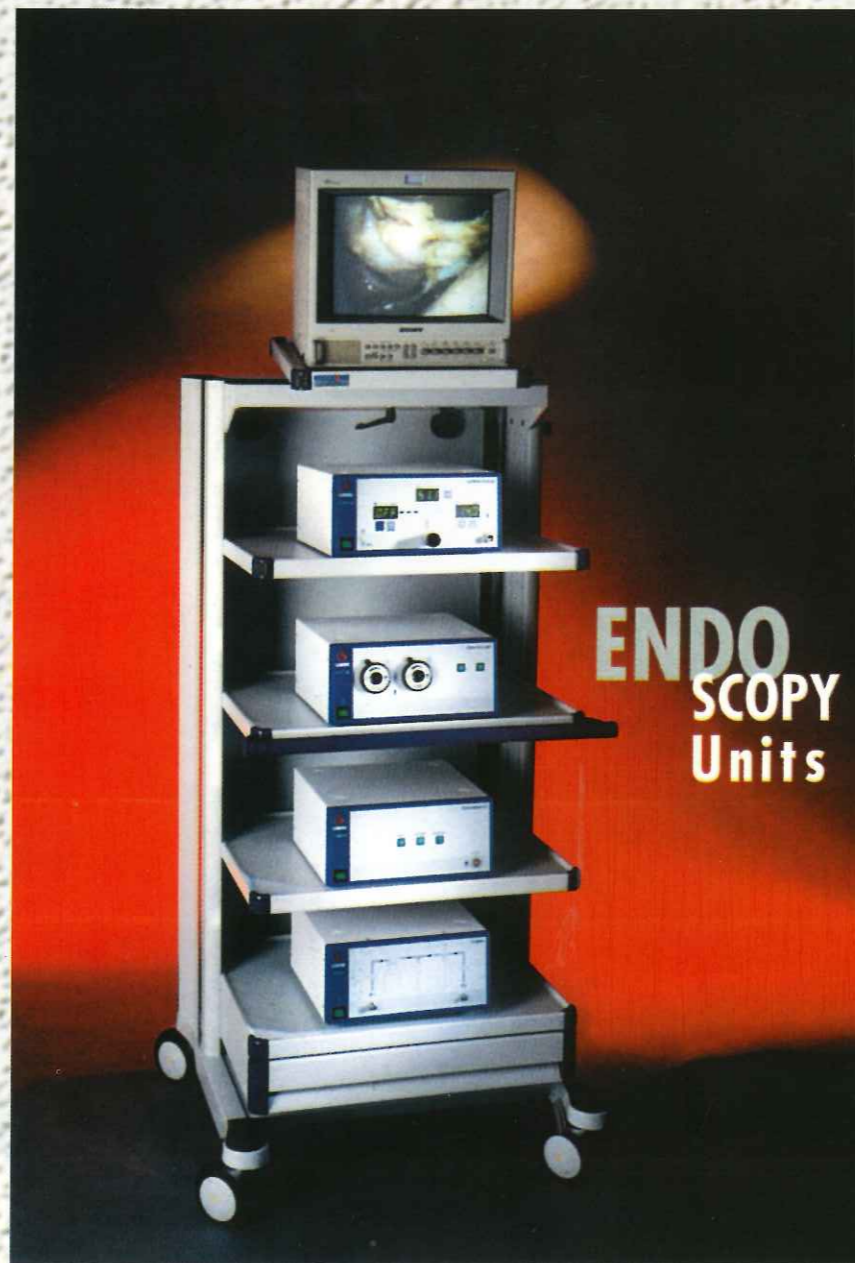
De fet, en les jornades Biomedic-salut-2000 ja han sorgit les primeres protestes per part de les universitats per l'actitud passiva dels estaments oficials i per la falta de col·laboració de les societats mèdiques, ja que veuen l'increïble potencial que té la informàtica en el camp de la medicina i les grans millores que es podrien obtenir i com s'està aparcant i/o retardant la seva aplicació.

- **L'ideal seria que a tot l'Estat, i millor a tot Europa, es fes servir el mateix programa**
- **Han sorgit les primeres protestes de les universitats davant la passivitat oficial**

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

# Especialitzats en equips endoscòpics

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



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

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

AL SEU SERVEI A:

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



## Celebració del Centenari a la Seu d'Urgell

Metges i metgesses de les comarques de Lleida van visitar la Seu d'Urgell el 10 de maig passat oficialment convidats per l'alcalde, Joan Ganyet. L'Ajuntament de la Seu va afegir-se d'aquesta manera a la celebració del centenari de la creació del col·legi.

L'alcalde va rebre els professionals a la sala d'actes de la Casa de la Cultura on va tenir lloc la conferència "Els metges i els viatges", del doctor José Luis Fernández, cap de la Unitat de Malalties Tropicals i Vacunacions del CAP Drassanes de Barcelona.

Els metges van gaudir, així mateix, d'un recorregut turístic pel centre històric de la Seu d'Urgell i van visitar als claustres del Parador de Turisme l'exposició "Vida i mort a Bali", del metge i fotògraf Santi Roura, que oferia en els claustres del Parador de Turisme 69 imatges de persones, arquitectura i paisatges d'aquell indret d'Indonèsia. I els més intrèpids i intrèpides van practicar l'esport d'aventura, concretament el rafting, al Parc del Segre.

### Bici Mèdica

Malgrat la calor, un grup de col·legiats van atrevir-se el dia 3 de juny passat a participar en l'activitat Bici Mèdica, que es va organitzar dins del programa d'actes commemoratius del centenari de la constitució del COML. Així, els ciclistes van recórrer tot el circuit previst: sortida des del carrer Humbert Torres, camí de Montcada, la Cerdera, Plans d'Alguaire i tornada, sans i estalvis, a Lleida. No es té notícia de cap baixa ni de cap abandonament.

### Pesca-mosca (Barruera)

El cap de setmana del 17 i 18 de mes de juny passat, dedicat a la pesca amb mosca a Barruera, va comptar amb uns participants eixerits i decidits, com es pot comprovar en la fotografia. En definitiva, va ser una jornada excel·lent.



El Col·legi Oficial de Metges de Lleida agraeix la col·laboració de Laboratoris URIACH en l'organització de les activitats del centenari

Els actes del centenari ofereixen a col·legiats i acompanyants l'oportunitat de passar-s'ho bé, com demostren les fotografies.



### PROPERES ACTIVITATS

## Jornada micològica a l'estany Gento

**Dia: 16 de setembre**

Sortida: 8 hores, en autocar des del Camp d'Esports de Lleida.

11.00 hores: pujada als estanys amb el telefèric.

11.30 hores: passeig a 2.200 metres.

12.30 hores: exposició de bolets i tertúlia de metges boletaires.

13.30 hores: conferència "Intoxicació per bolets", a càrrec del Dr. Josep Piqueras, del Servei d'ematologia, i de Pere Monné, de la Unitat de Toxicologia del Servei d'Urgències, tots dos de l'Hospital Clínic de Barcelona.

15.00 hores: dinar al refugi de l'estany Gento

17.00 hores: baixada amb el telefèric.

17.45: visita guiada a la Central Hidroelèctrica de Cabdella.

18.45: comiat i retorn.

Preu de l'activitat:

Col·legiats: 2.000 ptes.

Acompanyants: 3.000 ptes.

## Conferència de Sáez de Buruaga

Ernesto Sáez de Buruaga donarà una conferència el 10 de novembre, a les 20 hores. Properament, s'informarà del títol de la conferència i del lloc on se celebrarà.



# Les malalties neurodegeneratives

Text: Grup de Neurobiologia Molecular de la Facultat de Medicina

Les malalties neurodegeneratives com l'Alzheimer, l'esclerosi múltiple, l'esclerosi lateral amiotròfica, el Parkinson, afecten un sector important de la nostra població quasi sempre amb conseqüències molt tràgiques per als subjectes que les pateixen i les persones del seu entorn més immediat. El denominador comú d'aquestes malalties és que les cèl·lules del sistema neuronal passen per un procés de degeneració que condueix a la seva mort irremediable i també provoquen la mort de les persones afectades. La gravetat d'aquestes malalties és deguda a la impossibilitat de recanvi que presenta el sistema nerviós. En general, les neurones són cèl·lules que un cop han assolit l'estat de diferenciació i maduresa definitiu no són capaces de dividir-se més. Com a conseqüència d'això, quan una neurona degenera i mor no és substituïda per una altra neurona, tal com passa en la majoria de teixits de l'organisme.

Hi hauria dues estratègies possibles per abordar aquest problema. La primera consistiria a poder aconseguir que les cèl·lules neuronals no afectades pel procés degeneratiu fossin capaces de dividir-se i donar lloc a cèl·lules noves, que substituïssin les perdudes i fessin la seva funció. La segona, consistiria en conèixer, per una banda, quines són les causes que provoquen la degeneració de les neurones i la seqüència d'esdeveniments que culminen en la seva desaparició i, per l'altra, quins són els requeriments d'aquestes neurones per mantenir-se saludables i en bon funcionament. Ambdós tipus d'abordatge són extremadament ambiciosos i constitueixen projectes de recerca molt amplis que es duen a terme en universitats i centres de recerca d'arreu del món, majoritàriament d'Europa i dels EEUU.

Val a dir que l'objecte d'estudi d'aquests projectes (supervivència i mort neuronal) es considera actualment una de les àrees prioritàries dins el món de la medicina i de les ciències de la salut a causa de diversos factors, com ara el mal pronòstic d'aquestes malalties, la impossibilitat de trobar-hi solucions terapèutiques definitives i les repercussions socials que tot plegat comporta. Dins d'aquest context, el grup de Neurobiologia Molecular de la Facultat de Medicina de Lleida intenta aportar el seu gra de sorra a tot aquest

treball de recerca d'informació per tal de contribuir al desenvolupament d'estratègies que permetin solucionar, o si més no, pal·liar les patologies esmentades. La recerca d'aquest grup s'emmarca dins del segon tipus d'abordatge esmentat: estudiar quin és l'entorn adequat per al bon funcionament de les neurones i quins són els factors que pertorben aquest entorn fins al punt de provocar la mort de les cèl·lules i dels individus que pateixen la malaltia. Per dur a terme aquest treball s'han establert dues línies de recerca principals que constitueixen dos subprojectes dintre del projecte general.

La primera consistiria en la recerca de factors que promouen el creixement i la supervivència de les neurones. S'estudien de manera molt especial les motoneurones, ja que el cultiu de motoneurones d'embrió de pollastre és una tècnica que es va posar a punt fa uns anys al laboratori de neurobiologia molecular i ha donat molt bon rendiment. Utilitzant aquest tipus de cultiu s'ha pogut constatar que factors de creixement com el BDNF (brain derived neurotrophic factor, factor neurotròfic del cervell) o citoquines com el CNTF (ciliary neurotrophic factor, factor neurotròfic ciliar), que en principi no són factors de creixement específics per a les motoneurones, són capaços de mantenir-les vives i en un nivell de funcionament òptim. També s'ha pogut veure que altres factors com l'increment en els nivells de calci a l'interior de la cèl·lula fan el mateix efecte de supervivència, fins i tot en absència d'algun altre factor que les pugui fer sobreviure. La resposta de les cèl·lules a aquests fenòmens (presència de factors de creixement o increments de calci intracel·lular) és conseqüència d'una cascada de senyalització, que té lloc a l'interior de la cèl·lula i que implica nombroses molècules. De manera general podríem dir que el senyal que dona el factor de supervivència és rebut per molècules que es troben a la superfície de la cèl·lula. Aquestes molècules transmeten senyals a altres molècules de l'interior cel·lular, que així mateix transmeten el senyal a altres molècules, i d'una manera seqüencial els senyals arriben al nucli cel·lular on es desencadenaran els mecanismes que donaran lloc a la resposta de la cèl·lula, en el cas present, la supervivència. La utilit-



Membres del grup de Neurobiologia Molecular. Foto cedida per Leonard Delshams (diari Segre).

zació dels cultius de motoneurones ha permès implicar diverses molècules senyalitzadores en aquest procés de traducció de la informació de supervivència de determinats factors des de la superfície cap a l'interior de la cèl·lula.

La segona línia de recerca o subprojecte s'encarrega d'estudiar quines són les característiques de la mort que esdevé en cèl·lules neuronals quan les cèl·lules són sotmeses a situacions d'estrès tals com la retirada dels factors de creixement esmentats o la presència d'agents farmacològics letals. Aquests estudis es duen a terme utilitzant línies cel·lulars, majoritàriament línies de neuroblastoma humà. La utilització d'aquestes línies cel·lulars té l'avantatge de proporcionar un nombre il·limitat de cèl·lules a diferència del que succeeix amb els cultius de cèl·lules extretes d'organismes, com embrions de rata, ratolí o pollastre, etc, que donen un nombre de cèl·lules molt limitat. Així doncs, i com esmentàvem anteriorment, les neurones sotmeses a situacions d'estrès ara com retirada de factors de creixement o presència d'agents farmacològics, entren en un procés de mort que s'anomena apoptosi. Apoptosis és un terme grec que vol dir "cai-

guda de les fulles" i s'utilitza per definir un tipus de mort cel·lular molt ben orquestrat amb unes característiques determinades, la principal de les quals és que les cèl·lules hi participen de manera activa, per exemple sintetitzant proteïnes que les conduiran a morir-se. En certa manera podríem definir apoptosi com un procés en el qual la cèl·lula se suïcida. En el laboratori de neurobiologia molecular s'ha estudiat la mecànica d'aquest procés de mort apoptòtica en cèl·lules neuronals i s'han buscat substàncies que fossin capaces de revertir aquest procés, és a dir, substàncies que siguin capaces de bloquejar la seqüència d'esdeveniments que condueixen la cèl·lula a morir apoptòticament. Així, i d'acord amb els resultats de molts altres laboratoris, s'ha pogut veure que justament els factors de creixement, o l'increment de calci intracel·lular, entre altres coses, són capaços de prevenir la mort apoptòtica de les neurones.

Tota aquesta informació pot contribuir a utilitzar aquests agents que incideixen de manera positiva sobre la supervivència neuronal, com a futures eines terapèutiques per a la solució de patologies neurodegeneratives. A més, conèixer la via de processament de la informació donada per aquests agents permet localitzar possibles disfuncions en aquest procés d'informació en les cèl·lules d'individus malalts i desenvol-

lupar estratègies per corregir-les. Finalment, el coneixement de la mecànica de la mort apoptòtica de les neurones i la d'agents que siguin capaços de prevenir-la ajudaran a trobar la manera de pal·liar la tragèdia que suposa qualsevol malaltia neurodegenerativa.

El grup de Neurobiologia Molecular el constitueixen professors de la Facultat de Medicina (Carme Espinet, Rosa M. Soler i Montse Iglesias) que combinen la recerca amb la docència, així com becaris predoctorals (Xavier Dolcet, Víctor Yuste i Mario Encinas) i postdoctorals (José Ramón Bayascas i Joaquim Egea) que hi dediquen tot el seu temps. Tots ells ajudats per persones que donen suport tècnic (Isabel Sánchez, Montse Comella, Roser Pané i Imma Montoliu) i coordinats per Joan X. Comella. La recerca del grup es financia gràcies als ajuts de diverses entitats d'àmbit local, autonòmic, estatal i europeu com la Paeria, la Generalitat, el Ministeri d'Educació i Ciència i la CE respectivament. El grup manté contactes periòdics i col·laboracions amb altres grups de la mateixa UdL, amb laboratoris de la resta de l'Estat i amb laboratoris europeus i americans amb la finalitat de fer un treball conjunt, promoure l'intercanvi d'informació i el diàleg científic i oferir la possibilitat a tots els membres del grup de millorar la seva formació.

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

**DERE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

Pàrquing Blondel Gratuït

# El consum de tabac i alcohol entre els joves del Segrià

El Centre de Salut Mental Infantojuvenil de Lleida presenta els resultats d'un estudi sobre el consum d'alcohol i tabac entre els joves de 15 a 18 anys de la comarca del Segrià. Les conclusions diuen que el consum d'aquests tòxics són una pràctica àmpliament estesa entre el jovent i que, a diferència d'altres èpoques, es produeix una important incorporació de les noies. L'estudi ha utilitzat una mostra de 363 alumnes.

Textos: Dr. Àngel Pedra · Fotos: AiS (Laurent Sausen)

El consum de begudes alcohòliques forma part de costums molt arrelats en la nostra societat. Així, no és d'estranyar que la família sigui el primer proveïdor, i el període de l'adolescència l'etapa dels primers abusos.

Es pot dir que l'alcohol i el tabac són les dues substàncies que primer i amb més freqüència consumeixen els joves, segurament pel fet que són substàncies de consum legal i fàcils d'obtenir, tot i que la legislació vigent en prohibeix la venda a menors de 16 anys.

El Pla Nacional sobre Drogues va fer públic un estudi on s'afirma que un de cada tres joves pren begudes d'alta graduació abans de complir els 16 anys. Els menors de 24 anys inverteixen en copes uns 6.000 milions de pesetes repartits entre els 300.000 punts de venda d'alcohol que hi ha a Espanya.

El Centre de Salut Mental Infantojuvenil de Lleida va decidir fer un estudi a fi de valorar els hàbits i consum d'alcohol i tabac dels joves entre els 15 i els 18 anys de la comarca del Segrià. Per què? Pels següents motius:

- El 70,4% dels joves consumeixen els caps de setmana alguna beguda alcohòlica
- Prop del 50% dels accidents mortals de trànsit tenen aquesta substància entre les causes del sinistre.
- Més de la meitat de la població jove està convençuda que beure sis copes al dia, en cap de setmana, no comporta un problema de salut.
- No hi ha una demanda directa de tractament per consum de tòxics, sinó que aquesta s'associa a trastorns psi-

quiàtrics o de comportament.

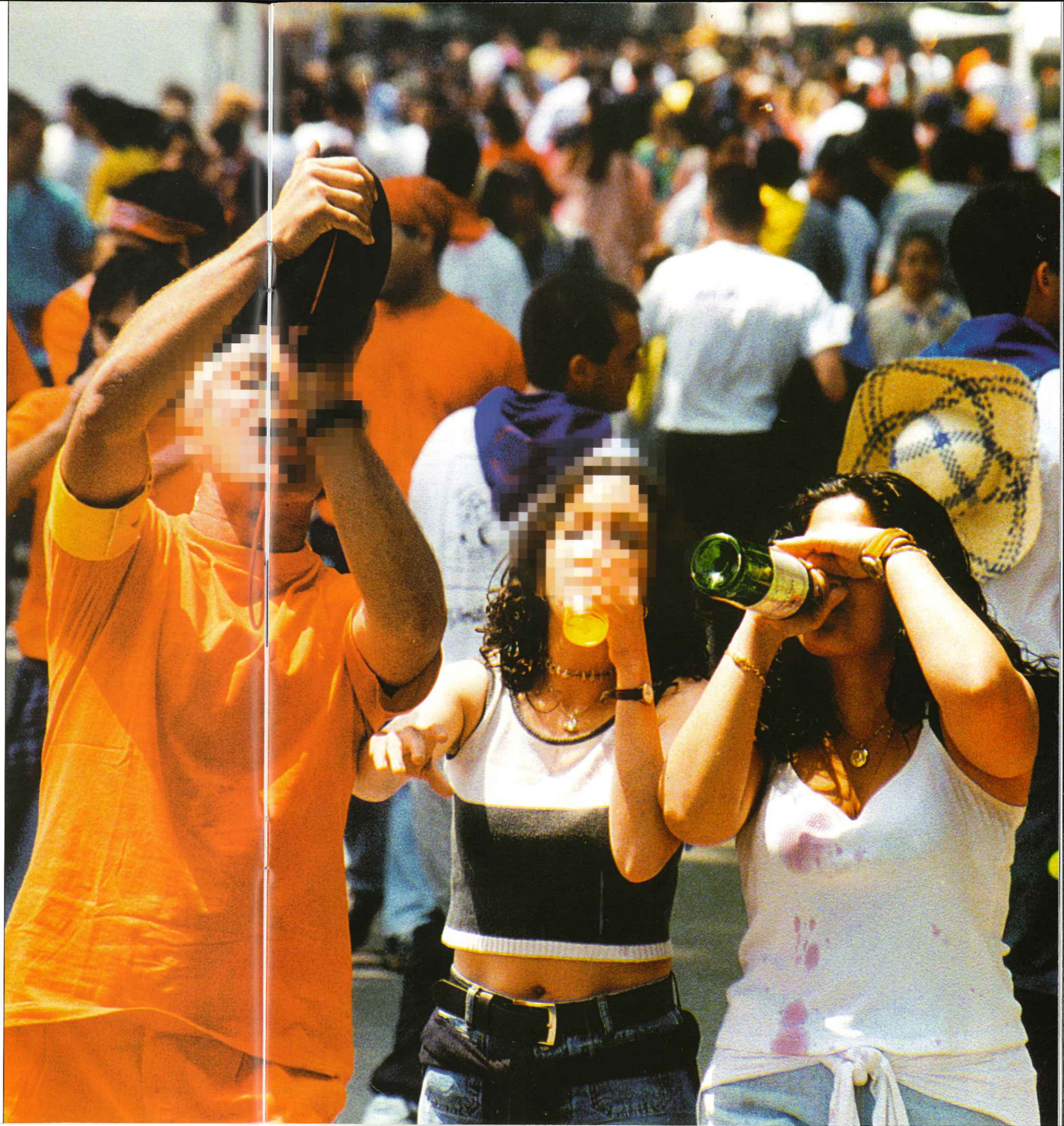
## Material i mètode

Dels 6.118 estudiants escolaritzats l'any 1998, entre els 14 i els 18 anys, es va seleccionar una mostra, de manera aleatòria, de 363 alumnes amb una probabilitat d'error del 3%.

Es va utilitzar una enquesta de dades sociodemogràfiques i d'hàbits amb els resultats següents:

- 1.- Els nois tenen més tendència a consumir alcohol, un 70%, encara que amb poca diferència respecte a les noies, un 64%.
- 2.- Les dones tenen més tendència a fumar, un 82%, que els homes, un 78%.
- 3.- Quasi la meitat dels escolars, un 49,7%, s'han emborratxat almenys una vegada a la seva vida. Aquest percentatge és semblant al del País Basc, un 43%, i també al resultat de l'*Estudi de Drogues en la Població Escolar*, dut a terme l'any 1996, que donava un percentatge del 40%.
- 4.- El consum es produeix principalment si els amics també beuen. Si el tipus de colla és mixta, el risc és més gran.
- 5.- Encara que l'edat d'inici d'ingestió d'alcohol i de tabac varia dels 16 als 17 anys, sembla que hi ha una freqüència major entre els 11 i 15 anys. L'edat de 14 anys és la de major risc: 26,5% per a l'alcohol i 21,5% per al tabac.
- 6.- No hi ha una relació directa entre nivell de recursos econòmics i consum

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



d'alcohol i tabac.

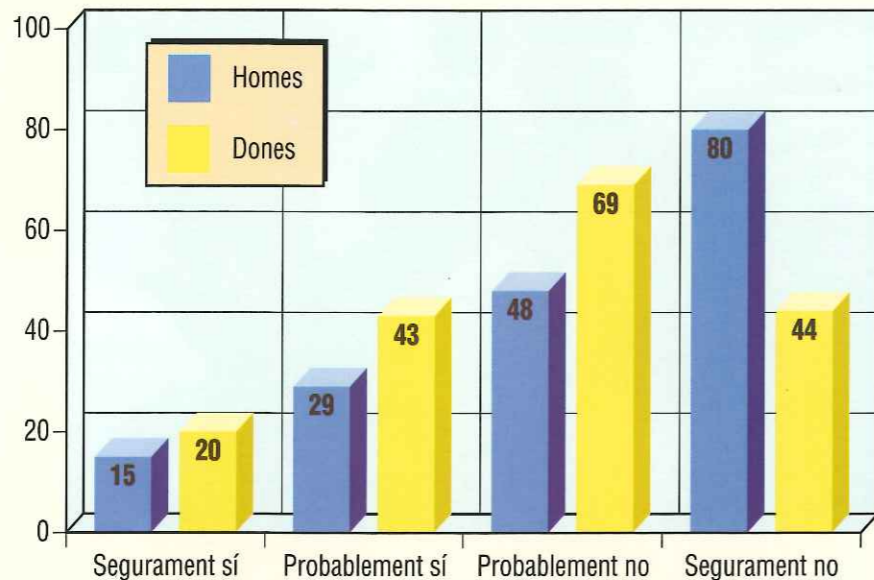
7.- Els nostres joves beuen perquè "l'alcohol els ajuda a trobar-se bé" i "per costum". El consum d'alcohol sembla actuar com a expressió i reforç del vincle social.

8.-Un 70% dels escolars no es planteja deixar de fumar i només un 30% creu que dins de 5 anys segurament o probablement no deixarà. La raó per deixar-ho és "protegir la salut".

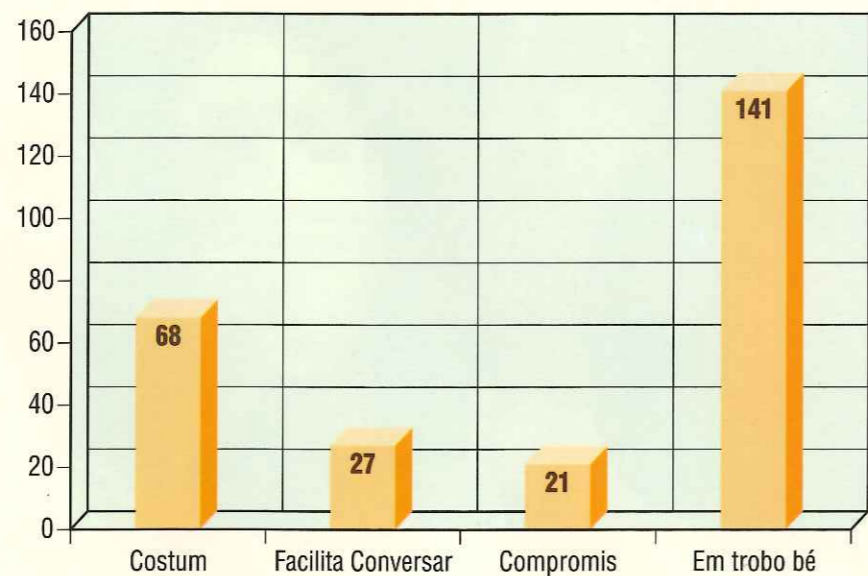
**Conclusions**

Es detecta que el consum d'alcohol i de tabac constitueix una pràctica àmpliament estesa entre els nostres joves. A la vegada, es produeix una important incorporació de la noia en el

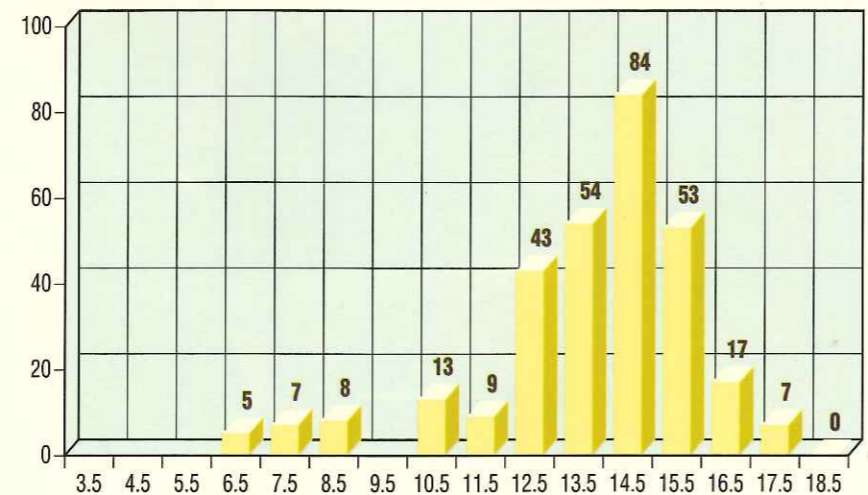
**Opinió sobre el consum de tabac en 5 anys**



**Raó de la ingesta d'alcohol**



**Edat de la primera ingesta d'alcohol**



- ◆ Un 49,7% dels escolars s'han emborratxat almenys una vegada
- ◆ No hi ha relació directa entre el nivell de recursos econòmics i el consum de tòxics

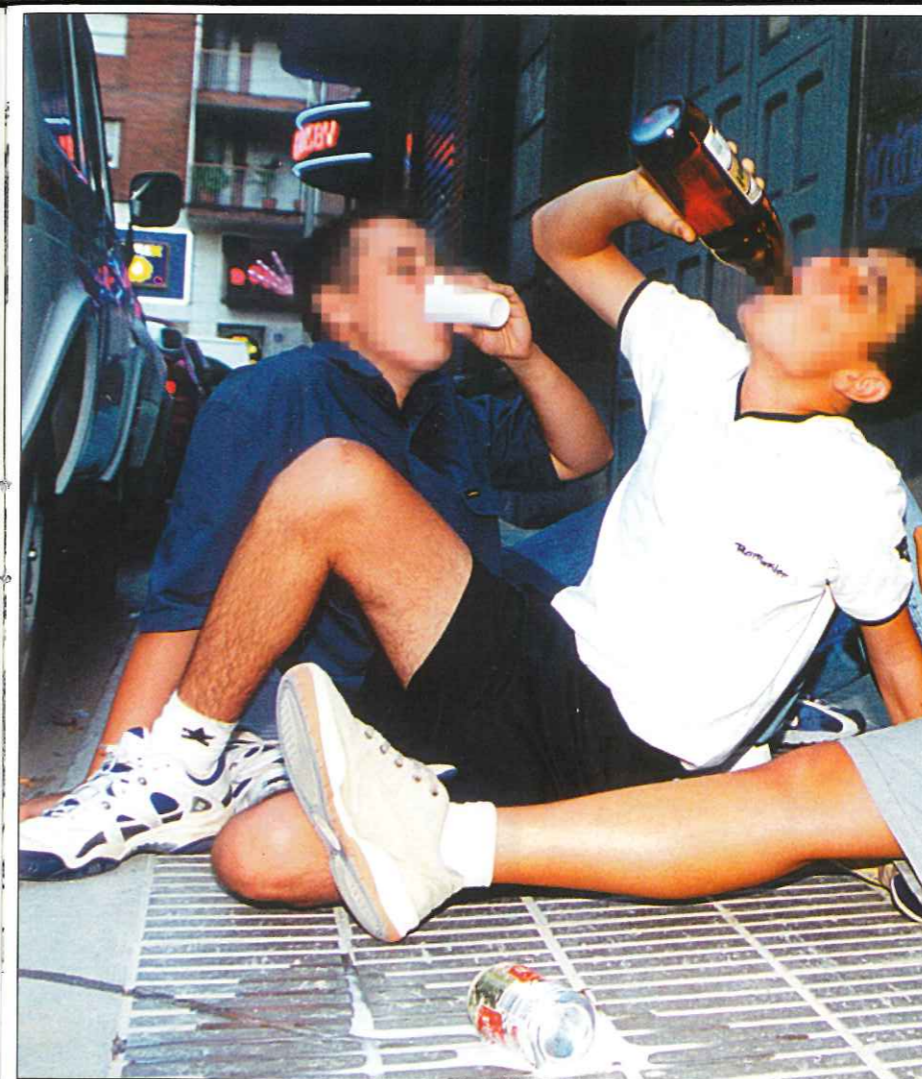
consum d'aquests tòxics i també un inici més precoç.

Cal que la societat es conscienciï del problema, ja que hi ha un malestar i una crisi d'identitat profunda entre la joventut: es posen en contacte amb l'alcohol com a mètode per fugir de si mateixos, els dona confiança, els fa oblidar les preocupacions, els ajuda a sentir-se bé, els relaxa... i perquè la situació així ho requereix.

Cal crear i proporcionar programes preventius que arribin als joves d'acord amb l'edat, el sexe, la formació i la cultura i fer un seguiment i una avaluació final segons els resultats.

Cal transmetre una cultura de valors i no associar divertiment amb consum i abús d'alcohol.

Cal posar en marxa recursos sanitaris i socials per atendre aquesta demanda latent a fi d'ajudar les famílies afectades des del vessant preventiu, terapèutic i rehabilitador. Per tant, cal cercar l'ajut del Govern, de les comunitats autònomes, dels ajuntaments, d'organitzacions, d'associacions de pares i afectats, d'institucions acadèmiques, científiques i educatives i les aportacions personals. S'han de crear estratègies d'intervenció a fi que l'alcohol i el tabac, i també els altres tòxics, no ens tinguin preocupats.



**BIBLIOGRAFIA**

Bobes, J., Bonsoño, M. [et al.]. "Epidemiología del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo". *Revista Sanidad e Higiene Pública*.1985. 59:381-394.

Calafat, A. [et al.]. "Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988". *Revista Española de Drogodependencias*. 1989. 14:9-28.

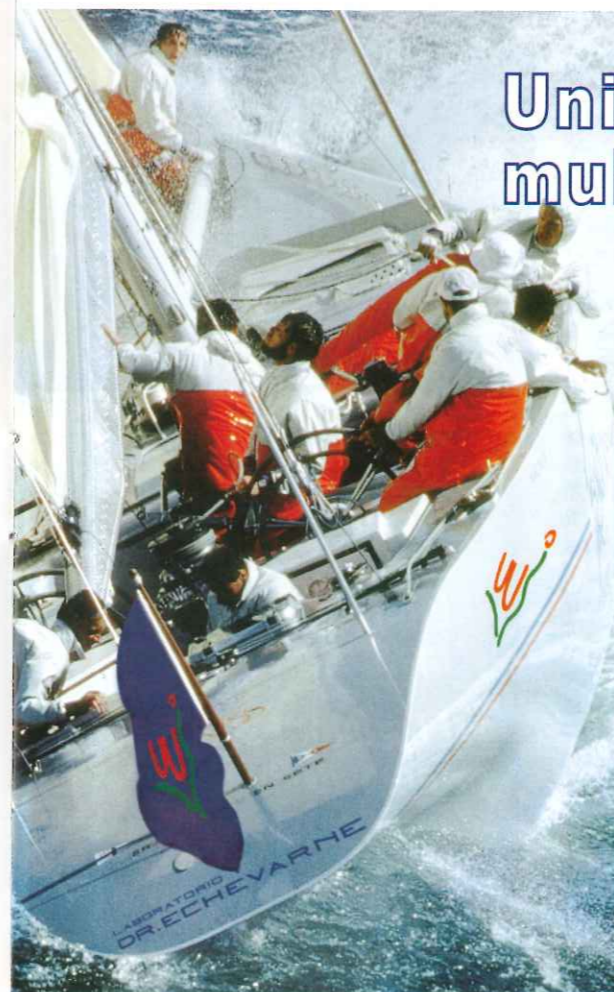
DGPNSD. Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996. Madrid. Ministerio de l'Interior.

Coordinadora d'ONG que intervien en drogodependències. *Documento de información y reflexión sobre el alcohol y la juventud*. 1995

Mendoza, R. *Alcohol y tabaco en los adolescentes españoles escolarizados*.(1986-1994). CDD 1995, 31:7-8.

Parra, J. *Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la noche. Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva*. Madrid. FERE. 1994.

Salcedo, F. [et al.]. *Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes*. Atención Primaria 1995, núm. 15.



**Unimos esfuerzos para multiplicar resultados**

Laboratorio en Lleida:

Príncep de Viana, 70-72 baixos  
25008 LLEIDA  
Tel. 973 240 008

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



laboratorio de análisis  
**DR. ECHEVARNE**

LLEGAMOS MÁS LEJOS

www.echevarne.com



# Les biblioteques de dos metges rurals de Lleida

En aquest treball s'estudien les biblioteques de dos metges contemporanis que exercien a les terres de Lleida, el doctor Joan Escolà, metge d'Almenar, i el doctor Josep Lluch, metge d'Arbeca mort l'agost de 1642. Fem el treball amb la finalitat de conèixer els autors d'obra mèdica comuns que tenien.

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

Conèixer els autors d'obra mèdica comuns que tenien els doctors Joan Escolà, d'Almenar, i Josep Lluch, d'Arbeca, indica les lectures que, probablement, devien estar de moda en aquella època del segle XVII en el món mèdic rural.

## La llibreria del doctor Joan Escolà d'Almenar

Els dies 24 i 25 de gener i 28 de febrer de 1647 van ser inventariats els béns de la vídua del metge d'Almenar Joan Escolà, Francesca Arcalís (filla del notari d'Almenar Tomàs Arcalís), entre els qual destacava la biblioteca del seu marit.

El doctor Joan Escolà va intervenir l'any 1629, a petició del prevere d'Almenar, en l'elecció de la pintura d'un retaule de la capella de Sant Ramon. Un fill seu, Joan Escolà, casat amb Isabel Puig, va ser també metge d'Almenar.

Les propietats que consten a l'inventari ens indiquen la bona posició econòmica de la família, ja que tenien una casa al carrer dels Cavallers de Lleida (on hi havia la biblioteca), diversos censals i violaris, objectes d'or i de plata, diverses finques de conreu, horts, terra campa, alberedes, canemars, patis, corrals, eres, etc.

La casa, amb dos balcons de ferro que donaven al carrer dels Cavallers, tocava per un costat amb la casa dels hereus de Mn. Thomas Tarragó, i per l'altre costat amb la casa de Cosco.

En una de les parts de l'inventari, que porta per títol "Memorial de la llibreria de medesina del quondam Juan Scola Dr. en medicina", queden anotats els 49 llibres que tenia el metge i que exposem classificats tot seguit:

**Autors de medicina**  
ALTOMARI, Donat de ... ..1

ANTONI DE CONSTANTINOBLE ...1
CELSO, Aurensi Corneli ... ..1
COLLADO, Lloys ... ..1
DIOSCORIDES ... ..1
GALE ... ..15
HIPÒCRATES ... ..1
HOLLERIO, Jaume ... ..1
JACHINO, Leonardo ... ..1
LLORENS, Andreu ... ..1
MANARDO, Juan ... ..1
MASARIO, Alexandro ... ..1
MATIOLO ... ..1
NUNNIO, Ambrosio ... ..1
PEREDA ... ..1
POMICIL, Joseph ... ..1
SEGARRA, Jaume ... ..1
TAMAIÓ, Andreu ... ..1
TRIVERIO, Jeremies ... ..1
VALERIOLA, Fransischo de ... ..2
VAQUER TERCER, Jaume ... ..1
VEGA, Cristòfol de ... ..3
Total ... ..39 llibres

**Libres anònims de medicina**  
Pratiga que ensennia  
lo metodo de curar ... ..1  
*Officina valenciana* ... ..1  
Total ... ..2 llibres

**Autors de matèries extramèdiques**  
ARISTÒTIL: Comentaris  
de la *llogica* de Aristotil ... ..1  
BLANCH: *Logica* de Juseph Blanch 1  
Total ... ..2 llibres

**Libres anònims de matèries extramèdiques**  
És coneguda l'obra de Galè *Introducció a la lògica*<sup>2</sup>. Això ens permet pensar en la possibilitat que les dos obres de lògica ressenyades a continuació fossin escrites per un metge comentarista de Galè. En aquest cas no serien de caràcter extramèdic.  
*Comentaris de tota la llogica* ... ..1  
*Vocabulari grech y francès* ... ..1  
*Comentari de la llogica* ... ..1  
Total ... ..3 llibres



editada en llengua grega per primera vegada a Venècia l'any 1525, i en versió llatina el 1541<sup>3</sup>. De fet, les obres completes de Galè, reunides en diversos volums, eren presents en moltes biblioteques de metges catalans dels segles XV- XVII, com hem tingut ocasió de comprovar en altres estudis.

Entre els escrits de terapèutica galènica, molt presents també en llibreria antigues catalanes, ens trobem ara amb el *Metodo de Galeno tomo petit*, que correspon a la clàssica obra *Sobre el mètode terapèutic*, i amb el *Dels*

*tatibus*, obra escrita durant la segona estada de Galè a Roma<sup>4</sup>.

Galè va tenir molt en compte els tipus constitucionals dels individus com a elements que contribueixen a tipificar les diverses malalties. En aquest sentit són clàssics els seus escrits sobre la constitució individual, dels quals constava l'obra *Galeno tomo petit dels temperaments*, corresponent al *Galeni de temperamentis*, escrit prou conegut.

Finalment, els següents quatre llibres completaven la quinzena d'obres galè-



A l'esquerra, l'Hospital d'Arbeca. A la dreta, l'antic Hospital d'Almenar enderrocat el 1986 per construir-hi la Llar de Jubilats (Foto: Francesc Martí).

◆ **Claudi Galè era present en moltes biblioteques de metges**

◆ **El doctor Escolà tenia 49 llibres i el doctor Lluch, 23**

**Autors de matèries no identificades**  
CECERA DE SUOS, Julio:  
*Julio Cecera de Suos* ... ..1  
GRONISIO, Nicolau:  
*Los físix de Nicolau Gronisio* ... ..1  
JACCARIS, Juan: *Dels exercicis de Juan fill de Jaccaris* ... ..1  
Total ... ..3 llibres

## Les obres de Galè

Els 15 llibres de Claudi Galè (Pèrgam, 129-200), ens demostren la gran importància i supervivència de l'autor grec.

En primer lloc destaquen els *cinc tomos de Galeno venecians*, que pot correspondre a una "Opera omnia"

*medicaments simples de Galeno*, que es refereix a l'obra *Sobre els temperaments i facultats dels medicaments simples*. Finalment, també de contingut terapèutic, hi havia el llibre *Galeno tomo petit de les facultats dels aliments*, corresponent al famós *De alimentorum facultatibus*.

Dels escrits sobre art o tècnica de la medicina de Galè, també freqüents en llibreria dels nostres avantpassats, el Dr. Escolà tenia el volum *Art petita de Galeno*, és a dir, el conegut *Ars parva Galeni*, un llibre de la clàssica "microtechnè" galènica.

La fisiologia galènica la tenim representada ara amb l'obra *Galeno tomo petit de les facultats naturals*, és a dir, el clàssic *Galenus de naturalibus facul-*

*niques: Galeno llibre petit de octau, Galeno tomo petit, un tomo petit de pratiga general de Galeno, i Galeno de les orines tomo petit*. Aquest últim correspon a *Coneixença de les orines* de l'autor grec<sup>5</sup>.

## Les obres de Cristòfol de Vega

Christophori a Vega (1510-1573), metge humanista espanyol successor de Reinoso a Alcalà, catedràtic de prima de medicina, i metge del príncep Carles, va ser traductor, comentarista i editor d'Hipòcrates i Galè<sup>6</sup>. Hi havia un *Christofol de Vega tomo gran*, que podria referir-se a la seva *Opera omnia*

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



# MITES I REALITATS de la reproducció assistida avui

Tot i que els problemes lligats al fet de la reproducció són tan antics com els humans, la història de la reproducció assistida des d'un punt de vista científic, és ben recent. El nivell tècnic al qual s'ha arribat en poc temps és espectacular: podem recordar, no fa tant, quan eren destacades a la premsa les notícies sobre els primers naixements "proveta". Actualment aquestes actuacions formen part de la pràctica rutinària i habitual.

Text: Jordi Cortada i Robert · Metge uròleg i andròleg, Coordinador del Centre d'Infertilitat i Reproducció Humana de Lleida

Acollint-me a la invitació del *Butlletí Mèdic* per col·laborar en la seva recent estrenada secció sobre "Mites i realitats en la medicina d'avui", em complau aportar algunes idees en el camp de la reproducció assistida, a la qual em dedico des de la meua experiència com a andròleg.

Essent aquest camp força especialitzat i una mica al marge de la pràctica habitual, intentaré fer un esbós de tipus pràctic i informatiu. Els esforços per resoldre problemes d'infertilitat es coneixen des de temps bíblics; al llarg de la història la importància de la pervivència dels llinatges, tant política com econòmica, ha provocat curiosos intents per aconseguir descendència que no han passat de grotesques representacions d'una barreja de màgia i superstició.

La reproducció assistida com a ciència moderna la podem situar en el Londres (Regne Unit) del segle XVII, quan John Hunter va dur a terme la primera inseminació artificial a la parella d'un home afectat d'hipospàdies, va aconseguir l'embaràs. En el segle XIX es va continuar practicant la IA (inseminació artificial) conjugal i es té, a més, coneixement de la primera IAD (inseminació artificial de donant), practicada a Filadèlfia (EUA) en què es va aconseguir gestació.

Els avenços en els últims 20 anys han crescut comparativament a una velocitat vertiginosa, el primer naixement per fecundació *in vitro* es produí el 1978 a Anglaterra i els primers experiments amb ICSI (injecció intracitoplasmàtica d'espermatozous) es van fer l'any 1990 a Bèlgica.

Les innovacions són tan ràpides que

el que avui es considera axioma, demà pot ser superat; però el que s'ha de reconèixer és que a Catalunya i a Espanya, en general, el nivell és altíssim i equiparable al de qualsevol país de la CE.

## Mites i realitats

**MITE 1:** "La infertilitat és un problema de la dona".

**REALITAT 1:** Històricament s'ha considerat així. El mite de la dona "erma" ha estat tractat per la literatura, el teatre o la religió. Avui en dia sabem que les causes d'infertilitat es reparteixen d'una manera igual en un 40% de causa femenina, un 40% de factor masculí i un 20% d'origen desconegut.

Atès que és la parella la que no aconsegueix l'embaràs, és a la parella a qui s'ha de tractar.

Per tant, el problema ha d'encarar-se des d'un punt de vista interdisciplinari que abraci el ginecòleg, l'andròleg, el biòleg, i si cal, el psicòleg.

**MITE 2:** "El temps que s'ha d'esperar, abans d'anar al metge, és generalment de dos anys".

**REALITAT 2:** Depèn. L'OMS diu que cal esperar un any, i en tots els casos han de tenir-se en compte:

- 1) L'edat de la dona:
  - a) Si és més gran de 38 anys, no passa de 6 mesos.
  - b) Si és menor de 30 anys, entre un any i mig i dos anys.
- 2) Els antecedents patològics que hagi pogut patir qualsevol membre de la parella (poden ésser des d'intervencions en ovaris o testicles fins a infec-

cions en els òrgans genitals).

3) El desig de gestació, que quan és molt fort pot afectar psicològicament.

En l'actualitat, la decisió de formar parella i buscar descendència es fa cada cop més tardana i, com a conseqüència, la finestra fèrtil es va fent més estreta.

En qualsevol dels casos anteriors, resulta evident que quan més aviat es comencin els estudis, millors seran els resultats.

**MITE 3:** "Els estudis són llargs, dolorosos i difícils".

**REALITAT 3:** En l'home, un estudi diagnòstic és relativament ràpid, econòmic i poc agressiu. Amb una bona història clínica, una exploració física i un seminograma es pot aconseguir una idea de l'estat reproductiu de l'home. Els casos que requereixen estudis més meticulosos com anàlisis hormonal, cariotips, etc., són menys freqüents i depenen del criteri de cada especialista. Cal remarcar que si un primer seminograma no és correcte pot ser a causa de múltiples factors i es fa imprescindible una segona prova per comparar i verificar.

En la dona, l'estudi s'acostuma a fer en 3 fases:

- 1a fase:
  - a) Temperatura basal que indica amb prou aproximació la normalitat de l'ovulació, encara que menstruacions regulars poden ser anovulatories.
  - b) Radiografia en trompes o histerosalpingografia. Encara que siguin doloroses, són fonamentals per saber si hi ha obstrucció tubària. Les obstruccions tubàries no donen manifestacions clíniques.

2a fase:  
Estudis hormonals, biòpsia endometrial, test postcoital. És relativament senzill.

3a fase:  
Laparoscòpia i histeroscòpia.  
És convenient de cara a evitar l'ansietat i aconseguir una major eficàcia que, en un termini de com a màxim 2 mesos, es pugui establir un diagnòstic o almenys un pla de tractament.

**MITE 4:** "La tècnica més sofisticada és la més efectiva".

**REALITAT 4:** Depèn.  
La taxa més alta d'embarassos és la natural i atès que hi ha un alt percentatge d'infertilitat d'origen desconegut s'ha de començar sempre per allò més senzill i innocu, i si no s'obtenen resultats es va escalant en el grau de sofisticació.

És cert quan es té molt clar el diagnòstic que requereix anar directament a una FIV, ICSI o a donacions ja sigui d'esperma, d'ovòcits o d'embrions. La informació als pacients ha de ser clara amb les expectatives i no crear mai falses esperances amb la seguretat absoluta d'aconseguir un embaràs. Les tècniques s'apliquen

amb la finalitat d'èxit, però aquest no sempre s'aconsegueix.

**MITE 5:** "Si em faig una FIV, aconseguiré quedar-me embarassada".

**REALITAT 5:** Absolutament fals.  
La FIV (fecundació *in vitro*) fou una tècnica sofisticada en els seus inicis, que ara es fa rutinàriament i normalment, i que té un percentatge d'èxits segons les característiques del semen i de l'estat ginecològic i l'edat de la dona. La taxa d'embarassos varia molt segons les fonts, però les més dignes de confiança la situen al voltant del 30%.

**MITE 6:** "L'abstinència perllongada millora la qualitat del semen".

**REALITAT 6:** Fals. L'abstinència no s'ha de recomanar. Tan sols s'ha d'aconseguir un ritme de relacions sexuals similar al que cada parella acostuma a practicar. El fet de l'abstinència pot provocar envelliment dels espermatozous.

**MITE 7:** Els tractaments són dolorosos.

**REALITAT 7:** La pràctica d'una IA (inseminació artificial) és indolora i comparable a la molèstia que comporta una citologia. En el cas de la FIV (fecundació *in vitro*) passa el mateix, ha de resultar indolora i les úniques molèsties provenen dels efectes de la

◆ **Les causes d'infertilitat es reparteixen de manera igual entre els homes i les dones**

◆ **La finestra fèrtil és més estreta perquè ara es tarda més a voler tenir fills**

◆ **És fals que la presència d'un varicocele va lligada al factor masculí de la infertilitat**

hiperestimulació controlada per aconseguir un nombre important d'ovòcits.

**MITE 8:** "Tots els homes que tenen varicocele són infèrtils".

**REALITAT 8:** Fals. S'ha cregut durant molt temps que la presència d'un varicocele anava lligada al factor masculí de la infertilitat. Però s'ha de matissar que el fet de la correcció quirúrgica del varicocele no sempre millora la qualitat del semen, i que en tot cas aquesta millora es dona a mig i llarg termini. Mentre s'ha vist que molts homes amb varicocele sense cap tipus de tractament han aconseguit ser fèrtils.

**MITE 9:** "Les tècniques s'han d'aplicar en centres especialitzats".

**REALITAT 9:** Cert. És veritat que l'estudi i l'aplicació de les tècniques de reproducció assistida requereixen d'infraestructura sofisticada i de personal qualificat. Això no significa, però, que calgui anar gaire lluny. De fet, i com en tantes altres especialitats mèdiques, en aquest camp tenim a l'abast a Lleida dos centres que poden aplicar les tècniques amb total garantia. Hem d'afegir, però, que de vegades la solució es troba només en petits consells o tractaments mèdics que poden ésser solucionats des de la consulta de qualsevol ginecòleg, uròleg o andròleg, segons sigui el cas.

## ¿Recibe una pensión?

# ¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:

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

Todo esto puede ser Gratis.

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

902 40 40 70



LA ATENCIÓN QUE USTED MERECE



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

# La nutrición en Medicina Primaria

El estado nutricional juega un papel preponderante en la evolución de las personas enfermas, cualquiera que sea el tipo de enfermedad y el estadio en que se encuentre. La desnutrición es una causa frecuente de morbilidad por ella misma y es, asimismo, una de las causas de mortalidad más frecuente.

Textos: Dr. Àngel Rogríguez · Profesor Titular de Medicina. UdL. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Se ha comprobado que, cuando la desnutrición se añade a cualquier tipo de enfermedad, aumenta la gravedad y la mortalidad.

Existen abundantes series sobre la prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados, pero son escasos los estudios sobre prevalencia en pacientes en tratamiento ambulatorio.

Nosotros creemos que, al igual que ocurre con los pacientes hospitalizados, la prevalencia de la desnutrición en pacientes ambulatorios debe ser elevada.

Desde el punto de vista de la Medicina Primaria, podría ser de gran trascendencia clínica la sistemática evaluación del estado nutricional de los pacientes atendidos ambulatoriamente, con el fin de detectar los estados carenciales y aplicar aquellas terapias nutricionales que son adecuadas a cada caso.

## Parámetros útiles para evaluar el estado nutricional

La evaluación del estado nutricional en Medicina Primaria tiene que ser fácil de realizar, rápida, reproducible y que no implique ningún tipo de riesgo para los pacientes.

De entre los múltiples parámetros que se pueden utilizar, los de mayor utilidad son los siguientes:

**PESO (P):** se mide con balanza y se expresa en Kg. A partir de éste se puede calcular un parámetro fácil y de gran utilidad, el % del peso habitual mediante la siguiente fórmula  

$$\%PH = \text{Peso actual} / \text{Peso habitual} \times 100$$

**TALLA (T):** se mide con tallador y se expresa en cm. A partir de ésta y el peso medido se pueden calcular otros parámetros fáciles y muy utilizados, el peso ideal y el % del peso ideal, con las fórmulas siguientes:

**PESO IDEAL (PI):** rango de normalidad 80-120%

se expresa en mm. Se mide en la parte media del brazo, en la línea media tricaptal.

**CIRCUNFERENCIA MUSCULAR DEL BRAZO (CMB):** se obtiene mediante un cálculo a partir de los dos parámetros anteriores, y se expresa en cm.

$$CMB = PB - (PCT/10 \times \pi)$$

## Manejo y significado de los parámetros nutricionales citados

El peso y la talla, así como los parámetros calculados a partir de ellos, el Peso ideal y el % del Peso Ideal y el % del Peso Habitual, nos informan del estado global del organismo en su conjunto. Es decir que nos informan si existe déficit de masas (desnutrición) o exceso (obesidad). El perímetro del brazo mide lo mismo que el peso y sus parámetros derivados pero solo referido al brazo. En condiciones normales la distribución de las masas corporales es equilibrada en todo el organismo, y la medición del brazo se puede extrapolar a todo el organismo.

Cuando existen discrepancias entre los valores del Peso y del PB hay que pensar que el peso pueda estar interferido por la presencia de edemas.

Pero ni el Peso ni el PB distinguen entre masas grasas y masas musculares. Esto lo exploran el PCT y la CMB respectivamente. Es decir, que si existe un déficit de peso, por ejemplo, para saber si se debe a déficit de grasa utilizaremos en PCT, y si es debido a déficit muscular utilizaremos la CMB. Así

$$H = (Talla \text{ en cm} - 100) - [(Talla \text{ en cm} - 100) - 52] \times 0,4$$

$$M = (Talla \text{ en cm} - 100) - [(Talla \text{ en cm} - 100) - 52] \times 0,2$$

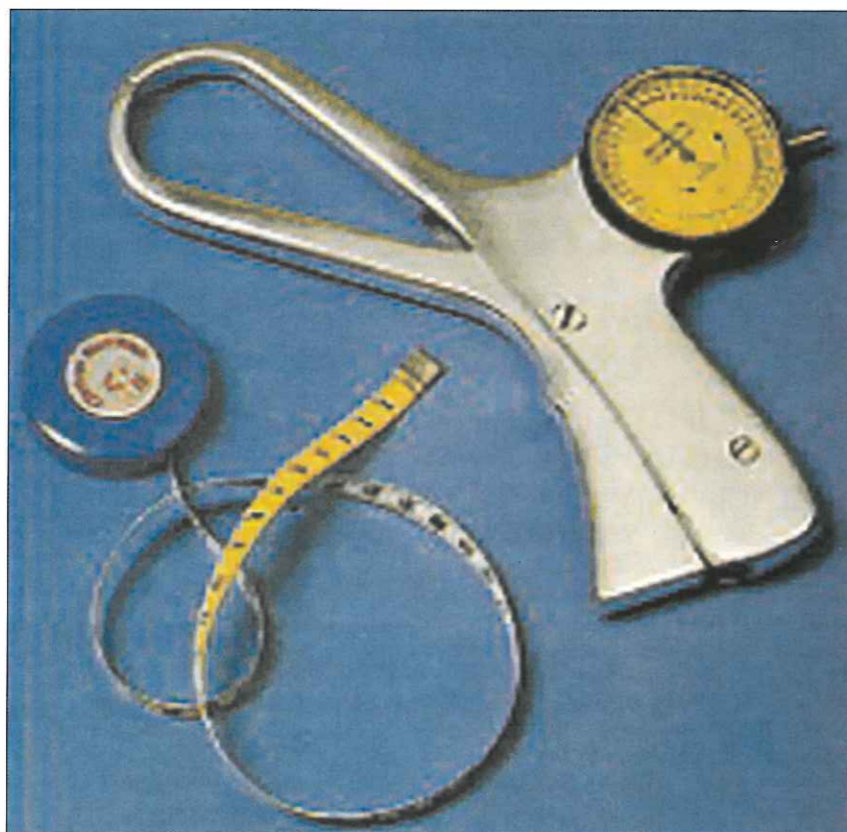
$$\%PI = \text{Peso actual} / \text{Peso ideal calculado} \times 100$$

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$IMC = P (Kg) / T(m)^2$$

**PERÍMETRO DEL BRAZO (PB):** se mide con cinta métrica y se expresa en cm. Se aconseja medirlo en el brazo no dominante (brazo izquierdo en las personas diestras, y en el brazo derecho en las zurdas).

**PLIEGUE CUTÁNEO DEL TRÍCEPS (PCT):** se mide con un lipocalibrador y



La evaluación nutricional apenas necesita material especial.

hablaremos de desnutrición grasa o calórica (por su estrecha relación con el consumo de calorías) y de desnutrición proteica (por la íntima relación entre músculo y proteínas).

## Objetivos de la exploración del estado nutricional

La tipificación del estado nutricional debe tener una finalidad diagnóstica y pronóstica, pero también y, sobre todo, terapéutica. Mediante los parámetros antropométricos sencillos, anteriormente citados, se puede encuadrar a los pacientes en uno de los siguientes grupos, cada uno de los cuales debe tener un enfoque nutricional propio:

a. Estado nutricional normal: correspondería a todas aquellas personas que tienen unos parámetros antropométricos dentro de la normalidad. En este caso no existe alteración nutricional y los pacientes deben nutrirse con una dieta normal.

b. Desnutrición: se daría en todas aquellas personas que tengan valores antropométricos disminuidos, es decir, por debajo del límite inferior de los valores normales. En estos pacientes, siempre nos encontraremos un déficit de peso (detectado por %PI y %PH deficientes) y un PB por debajo del límite inferior.

Pero en los casos de desnutrición, conviene tipificar de qué tipo se trata. Así:

- Desnutrición calórica (también llamada marasmo o desnutrición grasa). Se diagnostica por un déficit acusado del PCT (ver rangos de normalidad en tabla 1). En este tipo de desnutrición se produce un déficit de calorías, bien sea por falta de aporte en la dieta o bien por exceso de consumo. En consecuencia, estará indicada una dieta hipercalórica.

- Desnutrición proteica (también conocida con el nombre de kwasiorkor o desnutrición magra). Se diagnostica por un déficit marcada de la CMB (ver rangos de normalidad en tabla 1). Este tipo de desnutrición es debida a un déficit de proteínas, bien por ingesta insuficiente, o bien por un exceso de consumo (hipercatabolismo proteico). Estará indicada una dieta hiperproteica.

- Desnutrición mixta (también llamada kwasiorkor marasmático). En ésta, ambos parámetros, PCT y CMB están muy disminuidos. Habitualmente, suelen ser pacientes con patología aguda estresante grave y también pacientes crónicos con marasmo al que se añade una desnutrición proteica, generalmente debida a cuadros de hipercatabolismo proteico (infecciones, traumas, intervención quirúrgica, etc). Suelen necesitar una dieta hipercalórica e hiperproteica.

a. Obesidad: se daría en todas aquellas personas con parámetros antropométricos anormalmente elevados. Nos

Tabla 1- Valores nutricionales usuales de mayor utilidad en Medicina Primaria

	Normal	Desnutrición Leve	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave
% Peso H	90-110	80-90	70-80	< 70
% Peso I	80-120	80-70	70-60	< 60
PCT H M	13,7-11,3 18,1-14,9	11,2-10,0 14,8-13,2	9,9-8,8 13,1-11,6	< 8,8 < 11,6
CMB H M	27,8-22,8 25,5-20,9	22,7-20,2 20,8-18,6	20,1-17,7 18,5-16,2	< 17,7 < 16,2
PB H M	29,3-26,3 28,5-25,7	26,3-23,4 25,7-22,8	23,4-20,5 22,8-20,0	<20,5 <20,0

Tabla 2- Criterios de Garrow para clasificar los grados de obesidad

Grado de obesidad	Valor de IMC
Normalidad Grado 1. Sobrepeso Grado 2.	20-25 25-30 30-35 35-40
Obesidad leve Grado 3. Obesidad moderada Grado 4. Obesidad mórbida	>40

encontraremos, pues, un exceso de peso (evidenciado por un %PI) y un PB superior a límite alto de la normalidad. Pero, el mejor parámetro para valorar la obesidad y el más sencillo de manejar es el Índice de Masa Corporal (IMC).

En la tabla 2 se recogen los valores de normalidad y los rangos de los principales grados de gravedad. Los pacientes obesos habrán de tratarse con dietas hipocalóricas según el grado de obesidad.

## Valores de normalidad y rangos de los principales parámetros antropométricos

En la tabla 1 se detallan los valores normales en adultos de cada uno de los parámetros antropométricos sencillos utilizados en clínica, así como sus respectivos rangos para tipificar la desnutrición y su gravedad (%PI, %PH, PB, PCT y CMB).

En la tabla 2 se detallan los valores normales del IMC y los rangos para tipificar los grados de gravedad de la obesidad.

## Conclusiones

La evaluación del estado nutricional de los pacientes en Medicina Primaria es un tema importante y puede ser una herramienta útil para adecuar el tratamiento dietético adecuado. Debería ser una práctica rutinaria, pues es fácil de realizar, reproducible y no invasiva.

Además, apenas necesita material especial (una balanza-tallador, una cinta métrica flexible y un lipocalibrador), cuyo coste es ínfimo y, por tanto, debería formar parte de todos los centros de salud y de Atención Primaria.

## Bibliografía

Alastrue A, Sitges Serra A, Jaurrieta E, Sitges Creus A. "Valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población". Med Clin (Barna), 1982; 78:407-415.

Caparrós T y López Martínez J. "Valoración del estado nutritivo. Bases fisiopatológicas de la nutrición parenteral y enteral". En: Ginestà Gómez RJ. Libro de texto de Cuidados Intensivos. Tomos I y II. Pag. 817. ELARAN. Madrid, 1991.

Martín Peña G y Canalejo Castrillero E. "Composición corporal. Valoración del estado nutricional". En: Celaya Pérez S (ed). Tratado de nutrición artificial. Tomos I y II. Pag. 47. Grupo Aula Médica. Madrid, 1998.

Martínez Tutor MJ, López Arceo MA, Latasa Micheo L, San Miguel MT. "Valoración del estado nutricional: un año de experiencia". Nutr Hosp, 1990; 2:97-103.

Willcuts HD. "Nutritional assesment of 1000 surgical patients in an affluent suburban community hospital". JPEN, 1977; 1: 25.

# Canviarà Internet la nostra pràctica professional?

## Ciberpacients i cibermetges

Els canvis que introdueix Internet afectaran aspectes de la professió mèdica, a part de la relació metge-malalt que va ocupar aquesta secció en el *Butlletí Mèdic* número 22. Alguns dels aspectes professionals que es modificaran són els següents:

1.- Consulta mèdica (una segona opinió)

Encara sembla inviable realitzar a través d'Internet un acte mèdic tan essencial com és una visita a un pacient, però cal tenir en compte que els futurs metges, que ja s'hauran format en simuladors informàtics durant els estudis, no tindran gaires problemes per acceptar-ho. Evidentment, això serà més fàcil en algunes especialitats que en altres. De fet, als EUA hi ha psiquiatres que avui fan algunes visites de seguiment als seus pacients per videoconferència.

Una revista publicava dies endarrere la notícia de la creació d'una empresa que, mitjançant Internet, ofereix el servei de fer consultes (segones opinions) a especialistes de prestigi als quals els trameta tot l'historial mèdic i ells emeten i envien el seu informe.

L'empresa preveia també oferir els seus serveis a altres països, especialment als que com els EUA no disposen de sistemes de salut públics.

2.- Venda de fàrmacs

A Europa és un fet poc significatiu, però als Estats Units ja comencen a aixecar-se veus contra el greu perill que representa la venda de fàrmacs per Internet, és a dir, sense control ni recepta, aprofitant les facilitats que dona la xarxa. Convé saber què representa això per a un organisme tan seriós i rigorós com és la FDA.

La Casa Blanca va anunciar el desembre passat mesures contra la venda

incontrolada de fàrmacs per la xarxa. Així, la FDA establirà controls federals i inspeccions.

3.- Educació mèdica continuada.

Cada cop resulta més fàcil accedir a cursos, conferències, vídeos, etc. des de casa nostra i a l'hora i dia que vingui bé.

Els metges americans ja fa temps que disposen de cursos per Internet emmarcats dins dels crèdits que han de fer cada any per tal de mantenir l'acreditació en cada especialitat.

Un grup de metges ha creat recentment als Estats Units una pàgina que respon a les necessitats del metge d'actualitzar-se continuament. La seva adreça és: [www.medschool.com](http://www.medschool.com). La pàgina vol oferir especialment recursos multimèdia i interactius, a més dels clàssics textos.

4.- Revistes científiques mèdiques en versió electrònica i, per tant, accessibles per Internet, i cada dia n'hi haurà més. Moltes són, fins i tot, d'accés gratuït, i va crear-se un gran rebombori quan la *JAMA* electrònica va anunciar que deixava de ser gratuïta a contracorrent de l'aparent tendència general.

Hi ha diferents portals de medicina que donen llistats de revistes mèdiques, però una adreça amb un llistat ben complet és la de la Universitat de Vanderbilt: [www.mc.vanderbilt.edu/biolib/journals/](http://www.mc.vanderbilt.edu/biolib/journals/).

S'ha de recordar que els col·legiats de Lleida poden accedir als recursos de Galenics, que són bases de dades i també de bibliografia (són especialment recomanables les revisions de medicina basada en l'evidència)

5.- Portals mèdics Cada dia es disposa de més i millors portals mèdics, i naturalment gratuïts. Els portals donen nombrosos serveis força útils i l'únic preu és rebre

una mica de publicitat habitualment de la indústria farmacèutica.

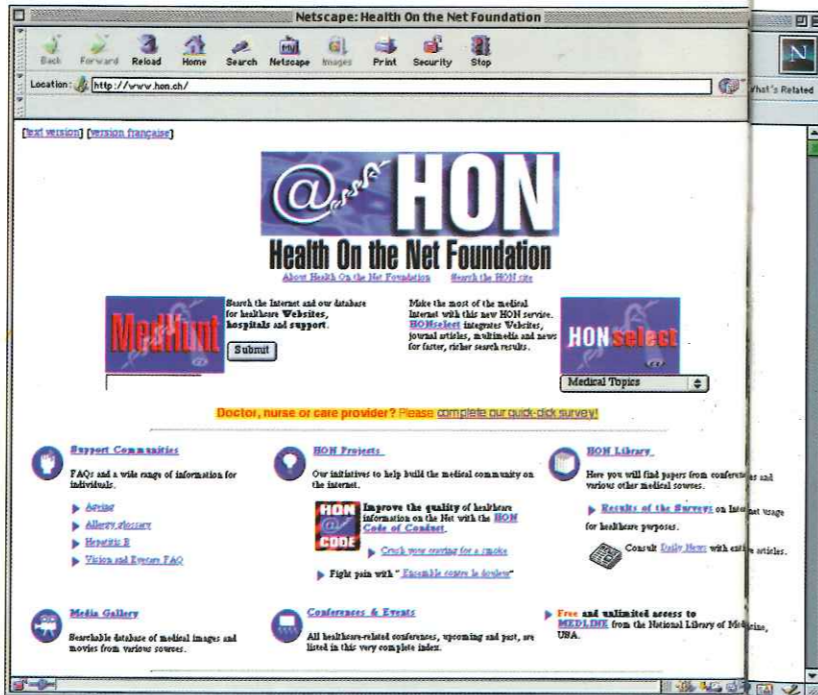
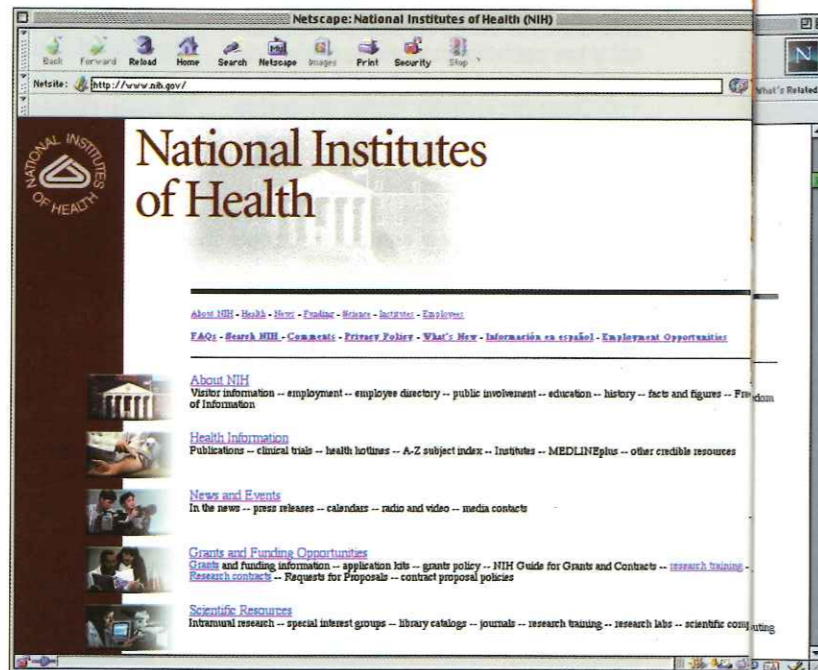
A part dels portals privats, moltes institucions i organismes públics nacionals i internacionals disposen de pàgines amb àmplia informació, que està disponible per als metges les 24 hores del dia. Una mostra és [www.nih.gov](http://www.nih.gov) als EUA, [www.insalud.es](http://www.insalud.es) o la

[www.gencat.es](http://www.gencat.es).

6.- Gestió d'una consulta professional

Mantenir uns serveis informàtics actualitzats i plenament eficaços no és barat. Als EUA han sorgit empreses que ho ofereixen als metges, individualment o en grup. Els professionals solament necessiten un ordinador i un mòdem per connectar-se a través de la xarxa amb aquesta empresa, la qual ofereix un ampli ventall de serveis i de preus. Això té, evidentment, avantatges i desavantatges.

7.- Control de qualitat a la



xarxa

La qualitat dels recursos de salut que es troben a la xarxa és el tema clau. Per això han sorgit organitzacions, com ara la Health on the Net, una fundació suïssa sense ànim de lucre, que promou la utilització correcta i fiable de les noves tecnologies en salut a tot el món. ([www.hon.ch](http://www.hon.ch)).

També hi ha l'exemple de les guies de pràctica clínica per a les pàgines web amb informació mèdica, que ha publicat l'AMA a la seva revista amb la convicció que Internet pot ésser un

mitjà per potenciar la relació metge-pacient però assegurant al màxim la qualitat dels continguts (*JAMA* 2000; 283:1600-1606).

Una manera d'implicar els metges pot ser la creació de pàgines web personals en les quals hi ha espai per posar moltes coses interessants per al públic: consells de salut, símptomes d'alarma, horaris i lloc de visita, etc.

De fet, segons un estudi recent de l'AMA, el 27 % dels metges nord-americans disposen d'una pàgi-

na web pròpia.

Per altra part, hi ha les llistes de discussió (LIST-SERV) entre les quals n'hi ha moltes que fan referència a temes relacionats amb la salut i la medicina, que compten amb la col·laboració de metges, la qual cosa fa que siguin molt més llegides.

Personalment, he estat subscript a temporades en les de càncer de mama i de càncer de col·lon. Us puc ben assegurar que són molt profitoses per als professionals, encara que cal moltes hores per llegir tots els mis-

satges.

També n'hi ha moltes en castellà a: [www.rediris.es](http://www.rediris.es). També cal tenir en compte que la telemedicina es desenvolupa de forma imparabile, sobretot en situacions de llunyania física (astronautes, estacions de l'Antàrtida, vaixells a alta mar). Les facilitats de comunicació només fan que afavorir el fet de donar millor assistència mèdica.

Aquest article parla dels avantatges d'Internet per als metges, però els qui donaran un gran impuls als recursos sanitaris, els qui demanaran aquests serveis, seran els pacients mateixos. Actualment, vuit de cada deu nens prefereixen, als EUA, navegar per Internet que veure la televisió, per tant, hom pot imaginar què passarà dins de pocs anys.

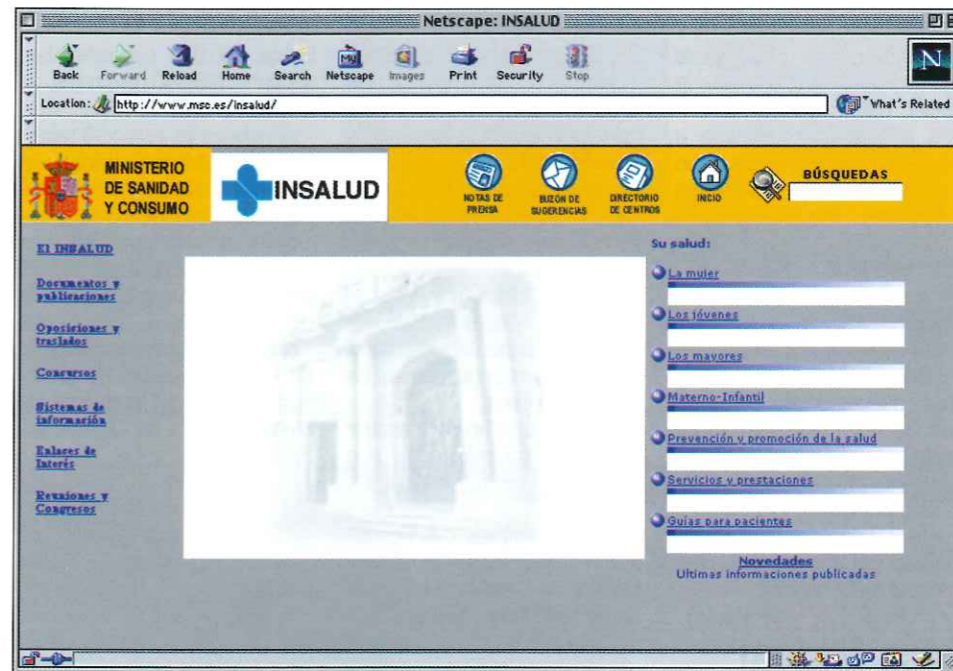
Una prova que aquests temes preocupen és l'organització de congressos al voltant de la salut i Internet, per exemple:

- Inforsaludenet, reunió que va tenir lloc a Madrid el mes d'abril passat organitzada per la SEIS (Societat Espanyola d'Informàtica de la Salut). S'evidencia en aquesta reunió que els serveis de salut del nostre país aposten fort perquè Internet faciliti la gestió interna administrativa i assistencial per mitjà de la millora de l'atenció sanitària i la promoció de la relació amb els ciutadans. De totes maneres, també es va parlar de la important necessitat d'inversions futures en aquest sector per no quedar endarrerat en aquesta evolució tecnològica imparabile.

- L'Internethealthcare 2000, que va tenir lloc a Nova York fa poques setmanes. Els temes destacats varen ser la venda de fàrmacs a través de la xarxa, les qüestions ètiques, o bé el paper dels pacients en el desenvolupament dels recursos de salut.

-La reunió Internet i la Sanidad, que va tenir lloc a Madrid el darrer maig, organitzada per Diario Médico i e-pharma.

Dr. Josep M. Grooles i Solé



MOVIMENT COL·LEGIAL

Altes:

Jordi Sanahuja Montesinos, procedent de Barcelona  
 Andrés Martín Gracia, procedent de Saragossa  
 Natividad Romeo Martín, procedent de Terol  
 Juan Manuel Bernad Polo, procedent de Saragossa  
 Maria Teresa Satorra Marib, procedent de les Balears  
 José Cayado Cabanillas, nou  
 Juan Prat Corominas, reingrés  
 Francisco Javier Samper Villar, nou  
 Sanjay Lal Trehan-Rani, procedent de Barcelona  
 Olga Díez Zaera, procedent de Girona  
 Andrés García Tenorio, procedent de Barcelona  
 Teresa Carrión Mera, procedent de Madrid  
 José Luis Morera Serra, procedent de Barcelona  
 Maria Carme Garrofé Amorós, procedent de Barcelona  
 Laura Montero García, procedent de Zamora  
 Mònica Abós Sans, nova  
 Carmen Rodríguez Hernández, procedent de Barcelona  
 Maria Cristina Vicaldi Galdós, procedent de Madrid

Habilitacions:

Ramon Jesús Capdevila Bert, des de Barcelona  
 José Manuel Estrada Fernández, des de Saragossa  
 Maria Pilar Guallarte Alias, des de Saragossa  
 Llorenç Ramon March Sanjuan, des de Tarragona  
 Rosa Cuyàs Sol, des de Barcelona  
 José Carlos Romero Barragan, des d'Osca  
 Elena Duque Navasa, des de Múrcia  
 Alfonso Arana Madariaga, des de Saragossa  
 Rafael Cerdán Pascual, des de Saragossa  
 José María Palacín Peruga, des de Saragossa  
 Román Sola Jürschick, des de Barcelona

## Acords de maig i juny de la Junta de Govern del Col·legi de Metges

El plenari de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida es va reunir, en sessió ordinària, els dies 4 de maig i 8 de juny d'enguany i va adoptar els següents acords:

El president del Col·legi, el doctor Xavier Rodamilans, va informar que el representant de Lleida a la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears serà el doctor Alejandro Andreu Lope. Així mateix, el doctor Rodamilans va assabentar la Junta de la convocatòria, per part de la Mutual, d'una beca per a treballs de recerca destinada a metges de l'últim any que hagin completat al llarg dels darrers dos anys el període de residència.

El doctor Rodamilans va informar també sobre la comissió mixta formada per la Conselleria de Sanitat i el Consell dels Col·legis de Metges de Catalunya, que estudiarà conjuntament temes mèdics i d'àmbit sanitari.

La Junta va aprovar proposar els doctors Manel Camps Clemente i Lorenzo Díaz-Prieto Cassola per als premis Josep Trueta al mèrit sanitari.

### Beca Mutual Mèdica

La Mutual Mèdica de Catalunya i Balears convoca la beca que du el seu nom per a l'any 2000. Les bases d'aquesta beca són les següents:

1.- Beca Mutual Mèdica per a un treball de recerca destinada a aquells metges residents de l'últim any o que hagin completat el període de residència els darrers dos anys.

2.- Per optar a la beca cal presentar quatre còpies del projecte de treball de recerca amb la següent documentació:

- a) Dades personals dels candidats: nom i cognoms, domicili habitual i telèfon, especialitat, així com el servei on duren a terme el treball, el títol de l'estudi i una còpia del DNI.
- b) Currículum del candidat.
- c) Descripció dels objectius, material i mètodes del treball.
- d) Certificat del responsable

de la direcció del treball, que avaluï la capacitat del candidat, manifesti el seu compromís de fer el seguiment i verifiqui que el treball es pot dur a terme en un període de dos anys.

e) Certificat del responsable del centre o institució on hagi de fer la recerca, i hi ha de constar l'acceptació del treball que ha de fer, així com les possibilitats tècniques per a la seva realització.

f) Donat cas que el treball inclogui la participació de malalts, haurà de ser acceptat pel Comitè d'Ètica del centre corresponent.

3.- Requisits:

a) El candidat haurà de ser soci de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears.

b) El candidat haurà de fer el darrer any de residència, o haver-la acabada en els anteriors dos anys, en el moment de sol·licitar la beca.

c) El treball s'haurà d'acabar en un termini màxim de dos anys des del lliurament del primer ajut.

d) Els membres del Consell d'Administració de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears no podran optar a la beca.

4.- Les sol·licituds s'hauran de fer arribar, personalment o per correu certificat, a la secretaria de MMB (Via Laietana, 31, 08003 Barcelona) abans del dia 30 de setembre de 2000.

5. Resolució:

a) El jurat de la Beca Mutual Mèdica estarà format per tres membres nomenats pels Consells d'Administració de MMB.

b) La beca està dotada amb 1.500.000 pessetes, que aportarà Mutual Mèdica de Catalunya i Balears, i un diploma acreditatiu. La de la beca es farà efectiva en tres lliuraments: 500.000 pessetes quan es concedeixi la beca, 500.000 pessetes al cap de sis mesos, i en el moment de la finalització del treball 400.000 pessetes. Les restants 100.000 pessetes es lliuraran al director.

c) La beca no es podrà repartir; haurà de ser atorgada a un sol treball de recerca, si bé podrà ser declarada deserta.

d) La beca Mutual Mèdica no és incompatible amb altres tipus d'ajuts per a la realització del treball.

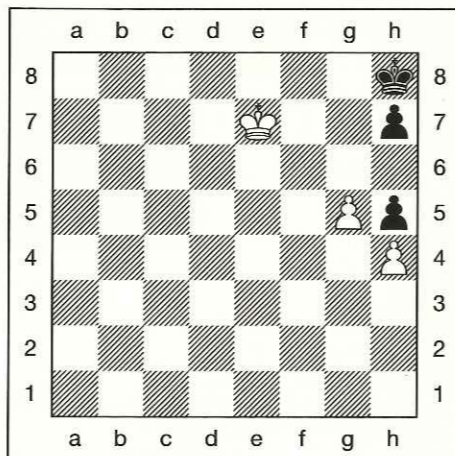
e) La beca serà concedida el dia 21 de novembre de 2000 i serà lliurada pel president de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears.

6.- Seguiment:

a) Per al lliurament dels dos darrers terminis de la beca, serà condició indispensable l'informe favorable del director del treball.

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: Finals de reis i peons



Blanques juguen i guanyen

SOLUCIONS

1. Rf8 - h6 (única) 2. Rf7 - h7 3. g6+ - Rh8; 4. g7+ - Rh7; 5. g8=D+ 3. hxg5 (si Rh7; 3. g6+ - Rh8; 4. g7+ - Rh7; Dg6++)

## El Dr. Sagrera, soci d'honor de la SCMFIC

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC) va nomenar soci d'honor de l'entitat el doctor Josep Maria Sagrera i Mis. El doctor Sagrera va rebre aquest reconeixement a la seva tasca professional en el decurs del 15è Congrés d'Atenció Primària de la SCMFIC, celebrat el mes de juny passat a Sitges.

Josep Maria Sagrera forma part des del 1982 de la primera promoció de metges especialistes en medicina familiar i comunitària, ha treballat al Servei d'Urgències de l'ABS de Balaguer-Ponts (1984) i des del 1991 desenvolupa la seva especialitat a l'ABS de l'Eixample (Lleida). A més, Sagrera ha estat coordinador de la Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària des del 1986 fins al 1989 i és

vocal de la SCMFIC a Lleida. El nomenament de Josep Maria Sagrera com a soci d'honor, que va aprovar la junta de la societat a proposta del seu president, el doctor Ramon Morera, significa un reconeixement al seu esforç i dedicació per millorar l'Assistència Primària a Catalunya i a la seva col·laboració amb la SCMFIC.



Doctor Josep M. Sagrera

## Intoxicació aguda per insecticides organofosforats després d'ingerir fruita fresca

Home de 53 anys que ingressa perquè presenta episodis repetits de vòmits i diarrees després d'ingerir 8-10 albercocs collits de l'arbre. A l'exploració física es diagnostica fredor de les parts perifèriques, TA de 100/20, taquiarítmia inicial i després bradiarítmia, disfunció renal, deshidratació, obnubilació i miòsi intensa amb pupil·les isocòriques i reactives. L'auscultació pulmonar i cardíaca, la radiografia de tòrax i els gasos venosos eren normals.

PASSA A LA PÀGINA 28

Parlem clar • Parlem el teu idioma

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

- 1. Què significa aprendre amb horaris flexibles?
- 2. En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?

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

# 20%

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

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

**A Lleida: Ramón i Cajal, 6**

**WALL STREET INSTITUTE**  
SCHOOL OF ENGLISH

www.wsi.es

## VE DE LA PÀGINA 27

Ingressa a la UCI al dia següent per persistència de la simptomatologia. En l'evolució s'ha de destacar persistència de la diarrea durant 24 hores, millora del quadre de bradipsíquia i obnubilació, però apareix un episodi d'al·lucinacions visuals i dificultat per a l'acomodació. Tendència a la bradicàrdia sinusal amb extrasistòlia ventricular i de vegades fases amb bigeminisme. Hemodinàmicament segueix estable amb bones TA i diüresi, i fa balanços positius. Normalitzada la funció renal i el quadre de deshidratació. Al quart dia presenta dispnea evolutiva i utilització de la musculatura respiratòria auxiliar, i té els següents gasos arterials: pH 7,36, PCO<sub>2</sub> 53, PO<sub>2</sub> 41, HCO<sub>3</sub> 29. S'administra O<sub>2</sub> amb mascareta a 0,28, però després necessita IOT + VM amb una FiO<sub>2</sub> inicial 0,6 i posteriorment a 0,4. Millora i a les 48 hores permet l'extubació, i es continua amb O<sub>2</sub> a 4 l/m. Al vuitè dia, nou empitjorament, presenta miosi i broncorrea intensa, dispnea i augment de necessitats d'O<sub>2</sub>. Es col·loca VMNI amb BiPAP a FiO<sub>2</sub> 0,4 molt ben tolerada. A l'onzè dia el pacient millora i es retira la VMNI. Es segueix amb gafes endonasals ja sense cap novetat i es pot donar d'alta a planta als 14 dies del seu ingrès i d'alta a domicili el dia 23-06-99, cinc dies després. Els nivells de colinesterasa plasmàtica i eritrocitària eren

anormalment baixos i a l'anàlisi de la fruita consumida es va trobar un insecticida organofosforat, MONOCROTOFÓS.

**Drs. L. Servià, A. Rodríguez, P. Laguardia i S. Rodríguez**  
Servei de Cures Intensives  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

### La urticaria

Es una enfermedad eruptiva, cutaneomucosa cuya lesión elemental es el habón, que es el resultado de un edema transitorio de la dermis superficial producido por la presencia de una serie de desencadenantes que, por vía inmunológica (alérgica) en menos del 40% de los casos y no inmunológica en el resto, activan una serie de acontecimientos en cascada que culminan en la liberación de unas sustancias MEDIADORES (histamina...) por parte de algunas células (mastocitos...).

El habón se caracteriza por la presencia de máculas y papulas eritomasas pruriginosas, variables en número y caprichosas en forma, tamaño y localización que no dejan lesiones residuales. Si se asocia participación mucosa se acompaña de angioedema y en algunos casos puede desembocar en un shock anafiláctico.

Se clasifica en Urticaria común aguda si dura menos de 6 semanas y crónica si sobrepasa las

6 semanas de duración. Urticaria por contacto, Vasculitis urticariforme y Angioedema.

El diagnóstico debe basarse en la historia clínica, ya que las pruebas de alergia y los test cutáneos sólo son útiles en contadas ocasiones y a criterio del especialista.

El tratamiento, en principio, siempre será del ámbito del médico del servicio de Urgencias o del especialista de Atención Primaria, pero, si la evolución de la enfermedad se hace refractaria al tratamiento o sobrepasa las 6 semanas, deberemos derivarlo al especialista en dermatología que decidirá su paso o no al alergólogo.

El tratamiento lo iniciaremos eliminando las causas, caso de ser conocidas. Instauración de antihistamínicos H1 preferiblemente de nueva generación, recurriendo a la combinación de ellos o asociando uno de los clásicos, según las necesidades. Si el prurito es muy intenso se puede recurrir a los corticoides v.o. en pautas cortas (3-7 días) y dosis (1 mg/Kg día) decrecientes hasta la eliminación de los síntomas.

Si apareciera sintomatología sugestiva de shock anafiláctico, recurriremos a la adrenalina al 1/1000 subcutánea a dosis de 0,5 nL pudiéndose repetir a los 15 minutos. En estos casos son útiles los antihistamínicos i.m., la hidrocortisona a dosis altas y la aminofilina.

**Dr. Joan Bargés**

### Actitud davant d'un pacient amb sospita d'al·lèrgia a fàrmacs

Quan un pacient ens refereix que és al·lèrgic a un fàrmac podem aclarir amb un interrogatori si realment ho és ja que, tenint en compte que només 0,5-1,5% de les reaccions adverses a fàrmacs són de causa al·lèrgica, en la majoria de casos ens trobarem davant d'efectes secundaris d'altra mena.

Cal valorar si els símptomes i la cronologia suggereixen al·lèrgia, i distingir al·lèrgia (fenomen immunològic) d'intolerància (idiosincràsia enzimàtica) i de pseudoal·lèrgia (alliberació inespecífica de mediadors).

Quan s'ha de fer un estudi d'al·lèrgia a fàrmacs? Ens poden orientar alguns criteris:

1. Reacció compatible amb al·lèrgia.
2. Manca de fàrmacs alternatius.
3. La reacció no és antiga (>2 anys).
4. El pacient no és de risc.

Cal tenir present que no s'han de fer estudis per curiositat, que les proves d'al·lèrgia no són predictives, que un estudi d'al·lèrgia a fàrmacs es fa (habitualment) en pacients sans i algunes proves són de risc, i que hi ha limitacions tècniques (antígens incomplets o neoformats, diversitat de mecanismes i pèrdua de sensibilitat en reaccions antigues).

La informació que

necessita l'especialista és la clínica i la cronologia de la reacció, els fàrmacs tolerats posteriorment i les necessitats terapèutiques actuals.

Es presenten els algorismes de derivació consensuats entre les societats catalanes de pediatria, de medicina de família i d'al·lèrgia i aprovats recentment per les autoritats sanitàries catalanes.

**Dr. Lluís Marquès**  
Unitat d'Al·lèrgia. H. Sta. Maria de Lleida

### Taller d'Envenaments

El pasado día 8 de abril del 2000, se realizó en la Unidad Docente del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, el "Taller d'Envenaments", que fue dirigido por el Dr. Emili Curià, médico adjunto del servicio de Urgencias de Cirugía y Traumatología, y el Dr. Pau Forcada, MIR de Traumatología, del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, y que tuvo una asistencia de doce alumnos.

El taller, de cuatro horas de duración y de carácter eminentemente práctico, consistió en el aprendizaje de los distintos tipos de vendajes de mayor utilidad en la práctica de la Atención Primaria. Se estructuró en dos bloques: patología del miembro superior y patología del miembro inferior.

Hay que resaltar el alto grado de participación y

entusiasmo tanto por parte de los profesores como de los alumnos. También cabe destacar el interés del taller, dada la alta prevalencia de patología traumática menor que es un reto al que, día a día, nos tenemos que enfrentar los médicos de Atención Primaria.

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

### Osteoporosis inducida por corticoides. A propósito de un caso.

Los corticoides son medicamentos utilizados como tratamiento de fondo en muchas enfermedades crónicas, siendo la osteoporosis inducida por corticosteroides la causa importante de esta enfermedad.

En los pacientes a los que se decida instaurar tratamiento con corticoides se debe tener en cuenta otros posibles factores de riesgo que se asocian a osteoporosis. Su uso está asociado a una disminución de la masa ósea y a un incremento en el riesgo de fractura, especialmente de las costillas y cuerpos vertebrales.

La prevención de la osteoporosis debe instaurarse en personas que precisen dosis medias o altas de corticosteroides (> 15 mg/ día prednisona durante más de tres meses ó > 7.5 mg/ día

durante tres a seis meses en pacientes < 65 años).

La pérdida de masa ósea es más rápida en los seis primeros meses de tratamiento. No se ha podido demostrar que las pautas de administración a días alternos tengan menor efecto osteopéxico.

Deberemos utilizar agentes tópicos cuando sea posible (las formas de administración inhalada también producen efecto osteopéxico).

Está indicada la realización de densitometría ósea en tratamientos prolongados con corticoides siendo aconsejable realizarla antes de iniciar el tratamiento. Los seguimientos deberían tener una periodicidad anual.

La prevención y tratamiento de osteoporosis inducida por corticoides se realizará con calcio, vit D, THS, bifosfonatos, calcitonina, tiazidas o raloxifeno según los casos.

Se aconseja mantener un balance de calcio positivo mediante dieta o suplementos orales.

Valorar el empleo de suplementos de vit D o calcitriol cuando se sospeche deficiencia o síntesis impedida.

Emplear suplementos de estrógenos en las mujeres postmenopáusicas, si no están contraindicados.

En pacientes que no puedan tratarse con THS considerar bifosfonatos o calcitonina, en caso de mujeres

postmenopáusicas que sean incapaces de tolerar estrógenos o alendronato pueden beneficiarse del raloxifeno.

Considerar tiazidas si existe hipercalcemia.

**Dra. M. Pilar Martí Palacín**

### Etiopatogènia i tractament actual de l'úlcer a pèptica

Són diversos els factors que s'associen a la producció d'úlcer a pèptica amb diferents graus d'importància:

#### Factors genètics.

L'úlcer a pèptica és dos o tres vegades més freqüent en els familiars de primer grau dels pacients que en una població control. Les persones amb grup sanguini 0 tenen més risc relatiu de patir úlcer a.

**Dieta i alcohol.** No hi ha dades experimentals ni epidemiològiques sòlides que demostrin alguna relació entre la dieta, el consum d'alcohol o el cafè amb l'úlcer a pèptica.

#### Infecció per Helicobacter Pylori (HP).

Hi ha una indubtable evidència epidemiològica i clínica entre l'úlcer a pèptica i la infecció per HP. Es pot considerar l'úlcer a com una malaltia infecciosa en la majoria dels casos i atribuir a l'HP el paper de factor causal més important.

**Aspirina i AINES.** Hi ha una clara relació entre el consum de salicilats i AINES i l'úlcer a pèptica.

**Tabac.** També hi ha una clara relació entre el consum de tabac i l'úlcer. Aquesta és més freqüent en fumadors que en no fumadors i, a més, el tabac retarda la cicatrització ulcerosa i afavoreix l'aparició de recidives.

**Factors psíquics.** Dels nombrosos estudis que s'han fet podem dir que és possible, però poc probable, que els factors psíquics contribueixin a la gènesi de l'úlcer pèptic i és quasi segur que influeixen en la seva repercussió simptomàtica.

**Malalties associades.** Hi ha algunes associacions provades com: EPOC, cirrosi hepàtica, insuficiència renal crònica i trasplantament renal.

**Síndromes d'hipersecreció àcida.** En la síndrome de Zollinger-Ellison i en l'adenomatosi endocrina múltiple (MEA I) s'origina una úlcer duodenal en el 90-95% dels casos.

En resum, direm que l'úlcer pèptic depèn en la majoria dels casos de la infecció per HP, en altres casos del consum d'AINES i en casos excepcionals de la secreció d'alts nivells d'àcid. El tabac pot contribuir a originar l'úlcer i, finalment, alguns casos estarien condicionats genèticament.

#### Tractament:

**Mesures generals.** No hi ha cap fonament científic per imposar cap tipus de dieta. Es pot consumir cafè o alcohol de forma moderada. S'ha

de restringir el tabac i els fàrmacs gastroerosius.

#### Estratègies terapèutiques específiques:

1) Úlcer pèptic associada a HP. La pauta de primera elecció recomanada (Conferència Espanyola de Consens sobre la Infecció per HP, abril de 1990) és: inhibidor de la bomba de protons (omeprazol 20 mg, lansoprazol 30mg, pantoprazol 40 mg)/12 hores + amoxicilina 1 g/12 hores + claritromicina 500 mg/12 hores durant 7 dies. En cas d'al·lèrgia a l'amoxicilina cal utilitzar metronidazol 500 mg /12 hores. Si fracassa el tractament de primera elecció es recomana com a tractament de rescat: inhibidor de la bomba de protons + subcitrat de bismut coloidal + tetraciclina + metronidazol també durant 7 dies.

2) Úlcer pèptic no associada a HP. Tractament antisecretor amb inhibidors de la bomba de protons.

*Dr. Josep M<sup>a</sup> Reñé  
i Espinet*

### Infecciones urinarias recurrentes en mujeres postmenopáusicas

Mujer de 78 años de edad con antecedentes de alergia a sulfamidas, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica con episodios de angor inestable, liquen esclero-atrófico vulvar y cistocele

grado III con prolapso uterino grado I-II.

Presenta desde hace unos 3 años episodios de infección urinaria (2/3 al año) que han incrementado su frecuencia en el año anterior (10 episodios), el último hace 3 semanas. Está pendiente de ser intervenida del cistocele, pero de momento se ha desestimado la intervención por ser de riesgo quirúrgico alto.

Hoy acude a la consulta por un nuevo cuadro de infección urinaria.

#### Planteamiento terapéutico:

- Estudiar posibles causas

- Tratamiento del episodio actual

- Tratamiento profiláctico de las recurrencias

#### Estudio urológico:

Indicado si:

- > 3 episodios/año
- Infecciones urinarias en infancia
- Alteración función renal
- Obstrucción vías urinarias

#### Tratamiento del episodio actual

Diferenciar:

1.- Re infecciones:

Germen distinto 2 semanas después de acabar el tratamiento

2.- Recaídas:

Mismo germen antes de 2 semanas de acabar el tratamiento

#### Tratamiento del episodio actual

1.- Re infección: Urinocultivo previo

1-2 episodios al año tratamiento como una

cistitis.

>3 episodios al año tratamiento 14 días + tratamiento profiláctico

2.- Recaída:

Urinocultivo previo

Tratamiento 14 días si nueva recaída tratamiento 4-6 semanas

#### Tratamiento profiláctico

\* Indicación: 2 episodios en 6 meses o 3 en 1 año

\* Inicio del tratamiento: urinocultivo estéril previo

\* Pauta: dosis única al acostarse diaria o días alternos durante 6 meses. Si recurrencias mantener 2 años.

\* Controles: al mes y cada 3 meses con urocultivo.

Antibióticos recomendados:

\* Norfloxacin 200 mg.

\* Nitrofurantoína 50-100 mg.

\* Cotrimoxazol 400/80 mg.

\* Cefradina 250 mg.

\* Cefaclor 250 mg.

\* Fosfomicina 500 mg.

Mujeres

postmenopáusicas:

0.5 mg crema estradiol por la noche durante 2 semanas + 2 aplicaciones a la semana durante 8 meses.

#### Caso clínico.

#### Tratamiento

Episodio actual: Norfloxacin 400 mg/12 h./14 días. (urinocultivo previo).

Urinocultivo tras 2 semanas: si es estéril: tratamiento profiláctico con fosfomicina 500 mg/día/6 meses.


*Dra. Toribio Redondo*




# ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

## Som eficaços

 Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.

 Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.

 Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.

 Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

**902 200 200**  
[www.adeslas.es](http://www.adeslas.es)

#### DELEGACIÓ A LLEIDA

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

**adeslas**  
ASSEGURANCES DE SALUT





Si reserva creuer amb sortides del 12 d'octubre al 27 de desembre abans del 30/09, tindrà fins un 15% de descompte.



**EGIPTE-ISRAEL-GRÈCIA-CÒRSEGA DES DE BARCELONA**

Únic creuer a Egipte i Israel de 12 dies



Sortides especials  
1, 13 i 25  
de juliol  
6, 18 i 30 d'agost  
12 de setembre.

172.000 ptes  
**1.033,77 €**

Nens gratis fins  
els 12 anys

**ILLES GREGUES DES DE VENÈCIA**

7 dies, inclou vols a Venècia i tornada



Sortides tots  
els dissabtes  
del 3 de juny  
al 25  
d'octubre

180.000 ptes  
**1.081,86 €**



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

☎ 902 42 41 42

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

**CONSULTI PREUS D'OFERTES PUNTUALS**

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