



EL COL·LEGI DE METGES  
PER LA PAU I CONTRA  
EL TERRORISME

# El COMML condemna l'atemptat de l'11-M





Número 45, març del 2004

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

**Consell de Redacció:**

Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Elena Franco González  
Josep M. Greoles Solé  
Albert Lorda Rosinach  
Emili Ortoneda Mayoral  
Àngel Pedra Camats  
Eduard Peñascol Pujol  
Josep Pifarré Paredero  
Joan Prat Corominas  
Jesús Pujol Salud  
Carles Roca Burillo  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mís  
Plácido Santafé Soler  
Teresa Utgés Nogués  
Joan Viñas Salas

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Correcció:** Jordi Llovera

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

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

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

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

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

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

# Negociació amb les asseguradores

La signatura del conveni entre el Col·legi Oficial de Metges de Lleida, primer amb Adeslas i després amb Sanitas, sobre la regulació dels honoraris professionals dels metges que treballen per a aquestes asseguradores marca un abans i un després en un procés de negociació nou. Un procés que és possible d'ençà la nova llei de col·legis professionals, que dóna potestat a les organitzacions professionals per dur a terme aquest tipus de negociacions. Aquest és un procés de negociació necessari perquè hi ha una insatisfacció generalitzada entre els professionals pels minsos honoraris que els abonon les asseguradores.

L'estratègia del COML està basada, primordialment, en negociar un nou model retributiu de forma individual i directa amb les companyies per defensar els interessos dels seus col·legiats i de les seves col·legiades, descartant la patronal del sector assegurador UCEAC.

Paral·lelament, reclamem un model de contracte que defineixi explícitament els deures i les obligacions de cadascuna de les dues parts. Aquest nou model retributiu ha de tenir uns objectius realistes i fàcilment mesurables i ha de representar un reconeixement del desenvolupament i la trajectòria professionals de forma individual i amb accés voluntari. Ha de ser un pas endavant cap al reconeixement dels mèrits professionals i de la qualitat de l'assistència.

En definitiva, amb l'acord del COML amb Adeslas i Sanitas hem aconseguit avenços pel que fa a retribució i reconeixement professional respecte d'anys enrere, però encara molt per sota de les expectatives (21 euros, el mínim per visita, per a totes les especialitats i l'equiparació dels honoraris dels metges de família i pediatres amb la resta d'especialistes). És un primer pas sense un trencament amb el model vigent que ha de tenir continuïtat, per consensuar amb el sector un sistema retributiu-acreditador adequat a la realitat de les consultes mèdiques que ens permeti millorar els nivells de qualitat que el ciutadà mereix.



*Dr. Xavier Rodamilans de la O*  
President del COML

### sumari

**Premi Solidaritat 2003: informe sobre el projecte de MILPA**

PÀGINA 6

**Congrés de la professió mèdica de Catalunya**

PÀGINA 16



Fotografia portada: Pepe Barbero

# Amb les seves inversions té molt a guanyar

Presentem MEDIGESTIÓ 2 SIMCAVF, creat pel Col·legi de Metges per rendibilitzar les seves inversions. Es tracta d'una Societat d'Inversió Mobiliària especialitzada, de Capital Variable, que inverteix majoritàriament en altres fons d'inversions.

La política d'inversions de MEDIGESTIÓ 2 SIMCAVF és totalment global ja que permet invertir lliurement tant en Renda Fixa com Variable i canviar els percentatges de la inversió en qualsevol moment.

**Amb una política d'inversió avantatjosa**  
Amb MEDIGESTIÓ 2 SIMCAVF, vostè podrà accedir a un ampli univers de gestors que combinen diferents estils de gestió i estratègies d'inversió.



Combinant lliurement la inversió en Renda Fixa, en Renda Variable així com Inversions Alternatives.

**Unes condicions econòmiques molt favorables**

**Inversió mínima:** 3.000 €

**Liquidesa:** immediata. MEDIGESTIÓ 2 SIMCAVF cotitza a la Borsa de Barcelona, i ofereix liquiditat diària.

**Fiscalitat:** les plusvàlues generades en més d'1 any tributen al 15 %, i per períodes iguals o inferiors a 1 any ho faran al tipus marginal.

**Comissió per gestió:** 1,40 %

MEDIVALOR, A.V., Agència de Valors, S.A.



Informeu-vos-en al vostre Col·legi o trucant al telèfon  
**902 197 261**



# El Col·legi de Metges de Lleida per la pau i contra el terrorisme

Després dels atemptats succeïts l'11 de març a Madrid, que van ocasionar 201 morts i més de 1.000 ferits, la junta directiva del COML va acordar col·locar una gran pancarta a la façana de la seu col·legial amb el lema "Per la pau i contra el terrorisme" i fer públic el següent comunicat:

"El Col·legi de Metges de Lleida, davant els terribles atemptats que han colpit la població civil de Madrid, manifesta:

La seva condemna i el seu rebuig davant els brutals i indiscriminats atemptats terroristes i la seva ferma i decidida defensa de la vida, la pau i de les llibertats i drets democràtics.

La seva total solidaritat amb els familiars i amics de les persones mortes i ferides. El COML comparteix el seu dolor i es posa a la seva incondicional disposició.

El seu suport als actes de solidaritat que convoquen les institucions democràtiques i la crida als col·legiats i a les col·legiades perquè hi participin activament."



Pancarta que va col·locar el COML a la façana de la seva seu (Foto: Pepe Barbero)

## Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del COML ha debatut diversos temes en les reunions plenàries celebrades els mesos de febrer i març, entre els quals destaquen els següents:

- Renovació per a l'any 2004 de la prima d'assegurances de responsabilitat civil professional amb la companyia Zurich fixada en 404 euros/any.
- Contractació de manera conjunta amb els

quatre col·legis catalans d'una pòlissa col·lectiva de defensa jurídica i reclamació en cas d'agressió soferta pels metges. La prima anual és de 7,5 euros.

- Apertura de tres nous programes del PAIMM, dins de l'oferta de la Fundació Galatea, i nomenament dels següents interlocutors: Dra. Mercè Pallerola per al programa de salut laboral de la dona metgessa, Dr. Ramon Jové per al programa d'assistència MIR i Dr. Ricard Pifarré per al programa *burn out*.

- Compensació i absorció per part del COML de l'augment anual de la quota col·legial ordinària del consell general de

col·legis.

- Nomenament del Dr. Sergi Ordóñez com a coordinador de Docència.

- Convocatòria del IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari amb l'objectiu de reconèixer públicament la tasca altruista de les ONG i dels seus voluntaris per garantir el dret a la salut de la població.

- Adhesió a la Plataforma 10 minuts i als seus actes reivindicatius.

- Renovació per un altre any del conveni d'assessoria jurídica amb el despatx Simeó Miquel, Advocats Associats.

- Proposta a l'assemblea col·legial de reduir la quota als metges llicenciats en els darrers 4 anys.

- Convocatòria de l'assemblea ordinària de col·legiats per al 25 de març d'enguany, a les 18.30 hores, a la seu del COML.

- Després d'entrar en vigència els nous estatuts del col·legi, se cessa als membres de la comissió deontològica, als quals s'agraeix la seva dedicació, i es nomena una nova comissió.

Així mateix, la junta, després de rebre la renúncia al càrrec de tesororer del Dr. Sebastià Barranco i de nomenar la Dra. Mercè Pallerola per substituir-lo, va fer constar la seva cordial enhorabona a l'extresorer per al seu nomenament com a delegat territorial a Lleida de Sanitat i Seguretat Social.

## El Dr. Sergio Ordóñez, responsable de formació del COML

El Dr. Sergio Ordóñez és el nou responsable de la comissió de Formació Continuada del Col·legi de Metges de Lleida. El Dr. Ordóñez, que és reumatòleg i treballa a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, substitueix en aquesta responsabilitat el Dr. Eduard Peñascal, que ha renunciat per motius de feina.

## Constitució de seccions col·legials de jubilats i metges d'APD

El dia 9 de març es va constituir la comissió col·legial de metges jubilats i pocs dies després, concretament el 16, la comissió de metges i metgesses d'Assistència Pública Domiciliària (APD).

## La Dra. Teresa Puig presideix la Comissió Deontològica

Els membres de la Comissió Deontològica, que es va constituir el passat 19 de febrer, han escollit com a presidenta la Dra. Teresa Puig i el Dr. Eduardo Gascó com a tesorers. A més de la Dra. Puig i del Dr. Gascó, la comissió està formada pels Drs. Pepe Barco, Antoni Rodríguez, Eduardo Gascó, Josep Pifarré, Francesc Pallisó i les Dres. Maria Nabal i Teresa Puig.

## El COML a les jornades d'avaluació d'implantació de les guies clíniques

Tres representants del Col·legi de Metges de Lleida, el Dr. Xavier Rodamilans i les Dres. Rosa Pérez i Mercè Pallerola, han participat a les Jornades Internacionals d'Avaluació d'Experiències d'Implantació de Guies de Pràctica Clínica, que es van desenvolupar els passats dies 11 i 12 de març. El COML va formar part també de l'Steering Committee de les jornades.



El Dr. Xavier Rodamilans i Antonio Paredes (Foto: Laurent Sausen)

## Negociacions del COML amb les asseguradores

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida negocia per primera vegada amb les companyies asseguradores la regulació dels honoraris mèdics dels professionals que hi treballen.

Aquest procés de negociació és possible des que està en vigència la nova llei de col·legis professionals. El primer acord que ha formalitzat el col·legi ha estat amb Adeslas.

El president del COML, Dr. Xavier Rodamilans, i el director assistencial d'Adeslas, Antonio Paredes, van signar el passat 12 de febrer l'esmentat acord a la seu col·legial. El pacte entre el col·legi i Adeslas estableix per a l'any 2004 un augment global superior al 7%.

## Insatisfacció pels baixos honoraris

Un estudi realitzat pels col·legis de metges de Catalunya i pel Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions de la Facultat de Sociologia de la Universitat de Barcelona ha posat en evidència la insatisfacció dels professionals mèdics pels baixos honoraris que reben de les companyies asseguradores.

Respecte a l'any 2005, els preus de les visites successives s'igualaran amb el que estigui vigent a 1 de gener per a la primera visita de cadascuna de les especialitats.

A més, a proposta del COML, Adeslas endegarà a Lleida un programa pilot per promoure un nou sistema de remuneració econòmica que, per mitjà d'incentius, impliqui els metges en la gestió de la despesa i potenciï l'eficiència i la qualitat assistencial.

Adeslas i el COML tenen la voluntat de mantenir aquest acord en el futur, per la qual cosa tornaran a trobar-se a finals del 2004 per revisar els barems vigents per al 2005.

# Premi Solidaritat 2003: Informe sobre el projecte de MILPA

Text: Magda Ballester · Fotografia: MILPA

La delegació lleidatana de l'ONG MILPA ha presentat l'informe final del projecte de salut integral per a comunitats maies dels municipis de Colotenango, Santiago Chimaltenango i San Pedro Necta, a Huehuetenango (Guatemala), que va guanyar l'any passat el III Premi del COML a la Solidaritat en l'àmbit sanitari. MILPA destaca en el seu informe que la dotació econòmica del premi (6.000 euros) ha permès disminuir les morts maternes i la mortalitat infantil de la zona i millorar les condicions de salut a les aldees indígenes. L'Ajuntament de Lleida va cofinanciar aquest projecte.

MILPA, que treballa conjuntament amb l'ONG guatemalteca Ceiba, ha documentat des de l'inici del projecte les morts maternes succeïdes a la zona, sobre les quals no hi havia informació fins aleshores, cosa que ha permès conèixer la morbiditat i la mortalitat de les dones embarassades i posar en marxa les accions necessàries per prevenir-les. Així, una llevadora formadora ha visitat un cop al mes les aldees per fer un control prenatal a les embarassades que hi acudien acompanyades de les llevadores de l'aldea. La formadora i la resta de llevadores participaven en aquest control i en la

detecció d'embarassos d'alt risc.

El projecte ha donat una gran importància a la capacitat de les llevadores tradicionals, que són elegides pels caps maies. Convé destacar que per a aquestes comunitats el risc de les dones al llarg de la gestació, part i puerperi té uns orígens màgics religiosos. Per aquesta raó, s'ha promogut una formació que completa els coneixements tradicionals amb els occidentals. Els cursos impartits han tractat sobre la retenció de la placenta, l'hemorràgia postpart, la placenta prèvia, les plantes medicinals, el tall del cordó, entre altres temes.

Les comadrones formades per MILPA han atès al llarg del projecte 139 dones, la qual cosa suposa una cobertura del 31% de la zona, i han fet el seguiment de 139 embarassos. La mortalitat de les mares ha sigut de 0 en aquests casos i la mort de neonats s'ha reduït a 4. Un total de 32 llevadores s'han reunit un cop al mes al poble de Colotenango per rebre capacitat, 33 a Ixconlaj i 18 a Santiago Chimaltenango. Actualment, el 80% d'elles té formació per detectar embarassos d'alt risc.

L'ONG també ha format i organitzat en aquest període 45 promocions de

promotors de salut en temes de salut integral, amb èmfasi especial en la salut infantil i comunitària, i de prevenció. Els cursos impartits han estat: 5 cursos bàsics de capacitat, 2 cursos de primer nivell de capacitat i 2 cursos de segon nivell de capacitat. Tot combinant la formació teòrica amb la pràctica, els promotors han participat en mòduls de capacitat sobre educació popular i filosofia de la promoció de salut, prevenció de malalties, primers auxilis, medicina tradicional i atenció bàsica a malalties comunes, entre altres.

MILPA ha reforçat també els botiquins comunitaris i ha contractat tres promotors de salut per supervisar-los i fer-ne el seguiment. Els botiquins comunals tenen en alguns casos un espai on les llevadores atenen mensualment les dones embarassades. A més, s'han equipat diversos locals de salut per a la dona.

Els voluntaris de MILPA consideren aquest projecte com "un pas en un procés que busca la participació comunitària i l'autogestió en aspectes importants de la salut comunitària". I esperen que aquest pas tingui continuïtat per millorar les condicions de vida de la població.

MILPA i Ceiba actuen als departaments de Huehuetenango i Quiché, que estan situats als Cuchumatanes, la serralada del nord-oest de Guatemala que és fronterera amb Mèxic. Els habitants són majoritàriament indis maies que viuen en una situació d'extrema pobresa després d'anys de guerra civil, violència i desplaçaments.

La delegació de MILPA a Lleida, que van obrir la doctora Catalina Serna i el doctor Eduardo Gascón, compta amb socis professionals de la medicina i amb d'altres que li donen suport econòmic.



Hi ha d'haver correspondència entre els medicaments donats i les necessitats dels països receptors

## Campanya "Medicaments que no curen"

Natàlia Bellver · *Medicus Mundi Catalunya*

D'acord amb les dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), una tercera part de la població mundial (més de 2.000 milions de persones) no té accés a medicaments essencials de qualitat. Davant d'aquesta situació, podríem pensar que enviar els medicaments que nosaltres ja no utilitzem als països empobrits pot solucionar la manca d'accés als medicaments essencials que pateixen aquests països. Això no és així.

Des de l'any 2000 fins al desembre del 2002, diverses ONG sanitàries de l'Estat vàrem tirar endavant la campanya "Saber Donar". La campanya, que s'ha vingut desenvolupant en paral·lel a les que es duïen a terme a d'altres països europeus com França, Holanda i Alemanya, tenia com a objectiu millorar i assegurar la qualitat de les donacions de medicaments realitzades cap als països empobrits atenent i seguint les directrius de l'OMS.<sup>1</sup> Fruit de la campanya, la majoria d'administracions públiques varen canviar les seves pràctiques i, actualment, la recollida de medicaments té com a objectiu la correcta eliminació dels fàrmacs, però, en cap cas, l'enviament de medicaments retornats a països del sud.

Tot i que encara s'estan avaluant els resultats de la campanya "Saber Donar", que finalitzà a finals del 2002, les organitzacions participants (Metges sense Fronteres, Creu Roja, Farmacèutics Mundi i Medicus Mundi Catalunya) consideren molt positiva la tasca desenvolupada, tant pel que fa al notable èxit que representa la unió de les seves voluntats i esforços, com pel que fa als avenços que en matèria de sensibilització i coneixement sobre



les donacions de medicaments s'han assolit, especialment, en el sector de les ONG i en les pràctiques de les administracions públiques.

Actualment, s'està posant en marxa una nova campanya sobre les donacions apropiades de medicaments que, amb el nom de "Medicaments que no curen" pretén, enllaçant amb les fites assolides mitjançant la campanya "Saber Donar", explicar per què els medicaments retornats o que ens sobren s'han de destruir adequadament i no poden ser enviats als països empobrits. Així mateix, es pretén posar sobre la taula la problemàtica de la manca d'accés als medicaments essencials d'aquests països. Cal tenir present que, en molts països, millorar les precàries condicions de vida de la

població seria una contribució sanitària més valuosa que medicar innecessàriament. Solucionar problemes com la desnutrició i la malnutrició, la manca d'aigua potable, les infraestructures de sanejament insuficients i/o deficients, la manca d'habitatges dignes, la inexistència o deficient educació per la salut... milloraria la salut de la població més que no el subministrament de medicaments.

És evident, que els medicaments són un element essencial per alleugerir els problemes de salut, però no és útil enviar aquells medicaments que ens sobren, que han caducat o que ja no necessitem. Davant d'aquesta premissa, molta gent es pregunta, per què no podem enviar els medicaments que ens sobren als països empobrits? La resposta és diversa.

1. Perquè molt sovint no hi ha correspondència entre els medicaments donats i les necessitats dels països receptors. Molts dels medicaments que utilitzem aquí, no es necessiten a d'altres països perquè les malalties i les necessitats són diferents.

2. Perquè no podem garantir-ne la qualitat d'uns medicaments que han

### Finalistes del Premi del COML a la Solidaritat 2004

Al tancament de l'edició d'aquest butlletí, els finalistes del Premi a la Solidaritat 2004 eren:

- Associació Catalana d'Amics del Poble Saharauí, amb el projecte de millora de les instal·lacions de l'Hospital Nacional Bachir Saleh.
- Associació per al Desenvolupament dels Adivasis (Índia), amb el projecte de salut per a la localitat de Tara.
- Intermón Oxfam, amb el projecte d'un centre d'emergència i atenció maternoinfantil a l'Hospital d'Ambato (Equador).
- Medicus Mundi, amb el projecte de desenvolupament de l'AP al municipi de Riberalta (Bolívia).



Una doctora lleidatana auscultava una nena maia

sortit del control farmacèutic legalment establert. A l'Estat espanyol, per exemple, està prohibit l'ús de les restes de medicaments, per tant, allò que no és bo per a nosaltres tampoc ho és per als altres.

3. Perquè és un procés costós. El procés de recollida, selecció i transport de les restes de medicaments és molt més costós que comprar els medicaments necessaris a una central de compres especialitzada.

4. Perquè pot presentar dificultats per al país receptor. Poques vegades els medicaments van acompanyats del prospecte corresponent i, quan l'incorporen, la llengua utilitzada és fàcil que no coincideixi amb la llengua local.

5. Perquè l'OMS, a les seves directrius sobre donacions, i diversos països en les seves respectives legislacions, prohibeixen la donació de medicaments retornats.

6. Perquè les donacions de medicaments retornats no són la solució al problema de la manca d'accés dels països empobrits als medicaments essencials. Molt sovint, les donacions de medicaments retornats són fruit del nostre consum excessiu de medicaments. Si no acumuléssim tants fàrmacs innecessaris, no pensaríem en enviar-los.

Per totes aquestes raons, i algunes més, els medicaments que tu ja no pots aprofitar no poden ser enviats als països del sud i han de ser destruïts adequadament.

Pensa globalment i actua localment, tens al teu abast moltes més accions de les que et penses per garantir l'accés als medicaments d'aquelles persones que viuen als països empobrits i que no poden permetre's comprar els medicaments que necessiten per curar les seves malalties. Et suggerim algunes propostes:

- Revisa els teus hàbits de consum en general i de consum farmacèutic en particular.

- Informa't de les polítiques de les diferents indústries farmacèutiques respecte a investigació, producció i distribució als països empobrits

- Participa en les companyies que porten a terme diverses ONG reclamant l'accés a medicaments essencials.

(1) Les directrius de l'OMS, aprovades el 1996 i revisades el 1999, recomanen donar medicaments essencials i desaproven les donacions de mostres gratuïtes i de medicaments ja usats, procedents de restes de tractaments o retornats a les farmàcies o a d'altres centres. Actualment, a Catalunya la gestió dels medicaments retornats es realitza des del Sistema Integrat de Gestió i Recollida d'Envasos (SIGRE) que s'encarrega de garantir una correcta gestió del reciclat dels envasos i de l'eliminació de les restes de medicaments

# Cirurgia monitoritzada amb tècniques neurofisiològiques

Dra. Mónica Costa Farreny · Neurofisiologia de l'Hospital de Santa Maria

Ja a meitat dels anys 70 es van començar a monitoritzar intervencions quirúrgiques mitjançant tècniques neurofisiològiques, amb la finalitat de comprovar l'estat funcional d'estructures que es podien lesionar en l'acte quirúrgic i corregir disfuncions eventuales abans que deixessin seqüeles permanents.

Les tècniques més utilitzades són els potencials evocats i l'EEG. El primer registra les respostes induïdes per l'estimulació dels diferents sistemes sensitius, ja sigui l'auditiu, el visual o el somatosensorial; i el segon recull l'activitat espontània cerebral registrada en el cuir cabellut. Al llarg d'aquest temps s'ha experimentat una constant evolució, de manera que avui dia en molts centres sanitaris la monitorització d'un bon nombre d'intervencions és ja sistemàtica.

Els objectius de la monitorització es poden agrupar bàsicament en tres grups:

1. Identificar a temps lesions d'estructures neurològiques produïdes en la cirurgia perquè siguin minimitzades o corregides i evitar així possibles seqüeles.

2. Localitzar zones del sistema nerviós que són difícils de visualitzar en el camp operatori. Avui dia la localització funcional no només busca evitar la resecció innecessària d'una determinada zona que podria deixar dèficits invalidants, sinó també que amb aquesta identificació es pugui aplicar un estímul ultraselectiu que permeti, per exemple, evitar processos de dolor crònic.

3. El microregistre, que consisteix amb la localització d'estructures profundes mitjançant un microelectrode que s'insereix per guia estereotàxica amb l'ajuda de la neuronavegació. La visualització de les descargues neuronals i el so emès permeten dir a quina estructura corresponen, i un cop identificada la diana es procedeix a aplicar la lesió o estimulació contínua per tal d'aconseguir l'efecte desitjat.

Les especialitats que amb més freqüència requereixen aquesta ajuda són la neurocirurgia, cirurgia ortopèdica, cirurgia vascular i ORL entre altres, i les intervencions on més s'utilitza són les d'escoliosis, cirurgia de fosa posterior, cirurgia intramedul·lar, neurinoma de l'acústic, ateromatosis carotídia i

epilèpsia.

Les tècniques de valoració neurofisiològica que s'utilitzen són les mateixes que les usades en la consulta, junt amb altres més específiques que només s'apliquen dins el context quirúrgic, ja sigui perquè l'estructura només és accessible quan queda exposada en el camp quirúrgic, o bé perquè es tracta d'exploracions que el pacient no suportaria despert.

## Potencials evocats i EEG com a eines de monitorització

Són tècniques que serveixen per detectar una disfunció neurològica des del moment de la seva aparició, i que pot ser deguda tant a factors sistèmics com a actuacions del cirurgià.

### 1. Potencials evocats

Per al registre amb potencials evocats s'ha de conèixer l'estat de la via abans d'entrar a quiròfan mitjançant un estudi previ realitzat al laboratori. Aquest control, però, no és el que ens servirà durant la monitorització pròpiament dita. El punt zero o registre basal es considera l'obtingut un cop el pacient està anestesià i en la posició que mantindrà durant el temps quirúrgic. A partir d'aquí es faran successius promitjos, que no s'han de limitar als moments crítics de risc neurològic, sinó que es comprovarà l'estabilitat de la resposta amb freqüència, resultant més fàcil valorar una eventual variació en un moment donat. La monitorització acaba quan el risc ha passat.

### Potencials evocats auditius o de tronc cerebral

Els PEA o PET recullen les respostes desencadenades per l'estimulació sonora de la via auditiva, des del conducte auditiu extern fins al tronc cerebral, i s'utilitzen en la resecció de tumors d'angle pontocerebel·lós, en la descompressió microvascular de parells cranials i en les intervencions en què es manipula la circulació de la fossa posterior, amb el risc de lesió isquèmica que se'n deriva.

Aquest és el potencial més resistent als anestèsics halogenats, però en canvi és molt sensible al descens tèrmic, per la qual cosa fins i tot el refredament local per irrigacions o l'exposició en allargar-se la intervenció

en poden deteriorar la resposta (es consideren criteris d'alarma un increment de la latència de l'ona V > 10% i un decrement de l'amplitud d'aquesta > 50%).

### Potencials evocats somatosensorials

Diverses actuacions sobre la columna poden sotmetre a la medul·la a una situació de risc: cirurgia sobre l'aorta abdominal, cirurgia ortopèdica, etc. Fins ara s'ha aplicat el *Wake-up test* o test del despertar, que en alguns llocs encara s'utilitza, ja sigui sol o junt amb els PESS. L'inconvenient de despertar el pacient és que dona una informació puntual i arriscada, davant del seguiment continu i fins i tot més fiable dels potencials. El que fan els PESS és recollir la resposta que s'origina en estimular un nervi perifèric, ja sigui d'EESS (n. medià o cubital) o d'EELL (n. peroneal o tibial), l'estímul viatja per cordons posteriors i arriba fins al còrtex.

Els anestèsics intravenosos tenen menor capacitat per atenuar les respostes corticals que els inhalats, per la qual cosa són preferibles en intervencions amb PESS. És molt important tenir una bona comunicació amb l'anestesià, ja que petites variacions en la dosi d'anestèsia poden generar canvis indistingibles dels provocats per danys neurològics. Com a criteris d'alarma també s'utilitza el paradigma

10/50, encara que el problema no radica en el càlcul, sinó en interpretar les variacions correctament.

### 2. Electroencefalograma

L'EEG s'utilitza sobretot en cirurgia vascular, concretament en l'endarterectomia carotídia, per prevenir els accidents vasculars durant el *clamping* de la caròtida. Es tracta d'esbrinar si el polígon de Willis és competent i pot suplir l'aport sanguini durant el temps que es destina a la neteja i recanalització de l'aorta. Per fer-ho es realitza primer un EEG uns deu minuts abans d'interrompre el flux per la caròtida i es manté durant els moments inicials del *clamping*, si la circulació colateral no és bona es recullen o bé alteracions lleus (disminució de les freqüències ràpides i un increment de les freqüències lentes), o bé de més gravetat (reducció de l'amplitud en totes les freqüències). Signes de disfunció severa obliguen a *desclampar* i col·locar un *by-pass* que garanteixi l'aport sanguini durant el procés.

### Tècniques de localització

L'EEG s'utilitza en cirurgia de l'epilèpsia i en les reseccions tumorals, on és necessària la localització precisa del còrtex sensoriomotor per minimitzar deficiències. La localització d'aquestes àrees perirolàndiques per referències anatòmiques comporta un elevat

nombre d'errors deguts a craneotomies limitades, edema de les estructures, desplaçament si hi ha efecte massa, o simplement variacions anatòmiques. També s'utilitza per aplicar estímuls corticals en tractaments de dolor crònic, on s'aplica un estímul elèctric i es recull la resposta sobre la zona teòrica del còrtex col·locant una manta o tira d'electrodes. La zona queda identificada per les respostes de màxima amplitud, que delimiten el solc central anterior al qual hi ha el còrtex motor i darrere d'aquest, el somatosensorial. La somatopia de cada una es l'homuncle de Penfield.

### Microregistre en la neurocirurgia funcional

És una tècnica recent per realitzar lesions molt restringides i controlades, i per aplicar procediments reversibles com l'estimulació cerebral profunda. L'especificitat de les descàrregues de cada nucli basal, confirmada amb l'exploració física i el microestímul en una trajectòria guiada per estereotàxia i neuronavegació ofereixen una seguretat total del lloc on ens trobem, permeten l'elecció de dianes de molt difícil accés, fins i tot per a la lesió tèrmica, que és irreversible. En els últims anys s'accepta el nucli subtalàmic en la seva porció sensitivomotora com a diana ideal per als grans símptomes de la malaltia de Parkinson com l'acinesia, rigides o tremolor.

# Joies úniques

De la sèrie "Piràmide".

anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau i dos diamants de talla princesa.

PIRE TENA

JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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



# La clau de l'AP: mètode clínic centrat en el pacient

Karl Popper, en referència a les teories del coneixement, fa un paral·lelisme entre la teoria política tradicional i la teoria del coneixement. En aquest sentit es pregunta... qui ha de governar? "El millor, el més savi", però també hi ha respostes més lliberals com "el poble" o "la majoria". De passada, ens podríem plantejar quins han de ser els nostres governants, els capitalistes o els treballadors? Per a Popper, la qüestió "qui ha de governar" està mal plantejada.

La qüestió "qui ha de governar?" està mal plantejada, perquè les respostes que se'n deriven són autoritàries i, també, paradoxals. Llavors proposa substituir-la per la següent: com podem organitzar les nostres institucions polítiques de manera que els governants dolents i incompetents (els quals, per suposat, hem d'intentar evitar, però que de totes maneres

podem tenir) ens facin el mínim dany possible?

Així, també es podria aplicar la teoria de Popper al desenvolupament de l'atenció primària actual, ja que hi trobem trets autoritaris i respostes

paradoxals que l'entrebiquen, com es mostra a continuació. Tot seguit, mostrem alguns exemples:

Es planteja la lliure elecció de metge, quan la població demana un metge per a tota la vida en qui pugui confiar les seves intimitats. Fa uns quants anys, quan vaig arribar al poble, la primera pacient que vaig visitar, en iniciar la conversa em digué: "Ah! Doctor, no

sé pas per què li dic tot això, també marxarà d'aquí quatre dies. L'últim any he tingut tres metges diferents." Llavors, li vaig dir que "sí és per això segueixi, perquè jo he vingut ací per quedar-m'hi". M'explicà mitja vida i se'n anà sense cap fàrmac. Mai no havia vist, fins llavors, sortir una persona tan satisfeta de la meua consulta sense fer res, només l'havia escoltat atentament. Vaig pensar, aquest és el camí... i funciona. La gent no vol que surti el seu historial d'una pantalla, vol expressar-se en primera persona, vol comunicació, vol tracte.

També s'ha proposat la tecnologia com a recurs per augmentar la competitivitat de l'atenció primària, veient en els grans hospitals l'horitzó de la ciència moderna. Aquest aspecte presenta dues cares. Per un costat, l'atenció primària, per molt que faci, mai podrà competir en tecnologia amb la medicina hospitalària i, per tant, sempre anirà a remolc; per l'altre, un cert nivell tècnic és imprescindible per al desenvolupament de qualsevol tasca avui en dia. Malgrat tot, la tecnificació no hauria de ser una finalitat per si mateixa

A l'esquerra, el metge està pendent de l'ordinador i la senyora se'n adona i aprofita el temps. A la dreta, la comunicació sense interferències

en aquest àmbit, almenys fins al punt d'interferir en el següent aspecte, el qual considero fonamental i on podem ser líders indiscutibles per davant de la medicina més avantgardista. La clau està en la relació metge-pacient, en el tracte, en la confiança.

**Relat de Cristina Valiño**

Efectivament, aquest és el punt flac de la medicina tecnificada fins a extrems insospitables, com ho demostra el relat de Cristina Valiño -Betanzos, La Corunya- amb el títol: "Se busca nombre propio." Ingres a l'hospital... "Hoy he perdido mi nombre. Por ahora no me voy a preocupar porque mi enfermera, que tampoco tiene nombre, me ha dicho que mañana vendrá el médico a verme y seguro que él me lo devuelve, quizá lo hayan cogido para analizarlo..."

Resignado en un mundo nuevo, aprendo a sobrevivir en otra especie de planeta, donde los individuos nos clasificamos principalmente según

- ◆ La població demana un metge per a tota la vida en qui pugui confiar
- ◆ La tecnificació no hauria de ser una finalitat per si mateixa en aquest àmbit

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

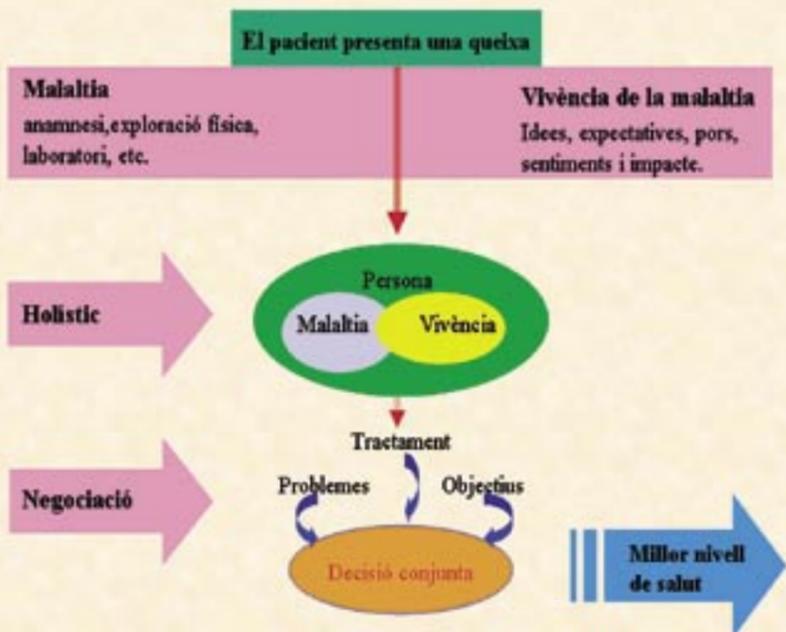
nuestra vestimenta. Los individuos blancos son de estirpe poderosa, la que no pelagra en su integridad corporal pues está aquí para organizarnos (ellos lo denominan cuidarnos) y son de dos tipos: unos van cubiertos sólo con pantalón y camisola; los otros llevan una bata blanca añadida que les protege todavía más... La vestimenta de los blancos también se relaciona directamente con su idioma: las batas utilizan palabras complicadas e inteligibles que los pantalones luego nos traducen más o menos bien. He aprendido que es a éstos últimos a quienes debo dirigirme para realizar cualquier petición o pregunta, pues suelen estar más desocupados. Las batas entran y salen muy deprisa y, aunque me preguntan algunas cosas, no suelen esperar la respuesta, pues una sola bata ha de preguntarnos a todos los azules de la planta muchas cuestiones diferentes. Si esperasen cada respuesta, tardarían demasiado y no daría tiempo a preguntarnos a todos. Ahora estoy entrenando mis reflejos para intentar contestar deprisa porque aquí todo el mundo camina rápido y no pueden perder tiempo conmigo... Además he observado que suelen mirar con más cariño al que menos preguntas hace. De este modo cada uno trazamos nuestra estrategia. Ahora me he unido a mi compañero de cuarto en un plan provisional: yo le pregunto a sus familiares mis dudas y él, a su vez, le consulta a los míos...

Ellos describían aspectos materiales y técnicas diagnósticas y terapéuticas, nunca me hablaron del lado humano (o mejor dicho inhumano). Todas las batas y pijamas que desfilan a diario por aquí no parecen resolver mis problemas sino causarme algunos nuevos. Desde mi llegada padezco insomnio, palpitaciones, lumbalgia y mal humor, hastío, malababa y también indignación. Me han despojado de mis ropajes, mis alhajas, mis descendencias y mis virtudes y me han llenado de incertidumbre. ¿Será éste el camino hacia la cura de mis males?

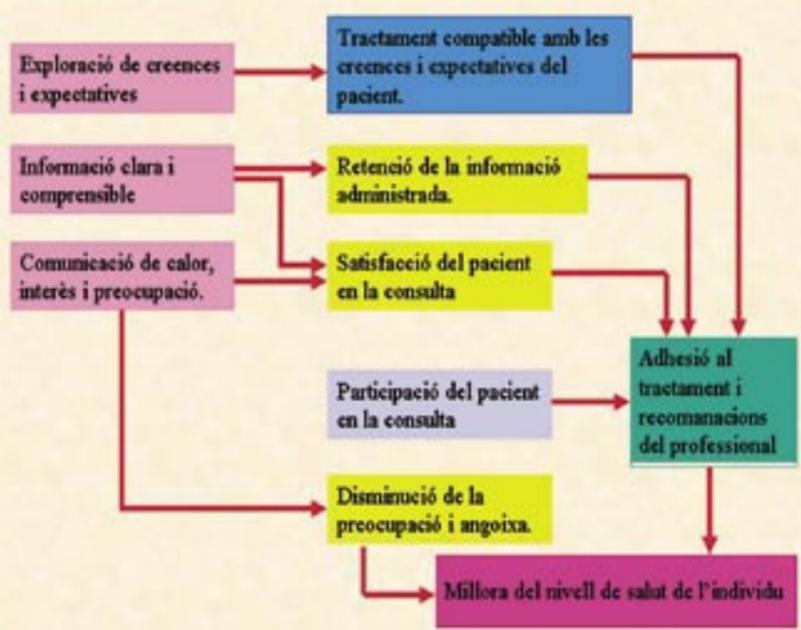
Hoy he realizado un gran descubrimiento: existen una clase de pijamas que lo son sólo a medias y que aspiran a serlo por entero. Son los alumnos... He descubierto que, en general, todos ellos tienen la virtud de saber escuchar... sin embargo los pijamas titulados no tiene actitud de escucha, y si la tienen, está amortajada por las prisas. Para esta cura de atención no son necesarias gasas, ni alcohol, ni venda ni yeso, es una cura económica, sin cargo a la seguridad social y, sin embargo, el cuidado más importante que mi enfermedad precisa: sientate en frente de mí y escúchame cinco minutos."

Aquest només és un petit fragment d'un relat més extens, tremendament emotiu i ple de realisme que per si sol

### Esquema general del model centrat en el pacient



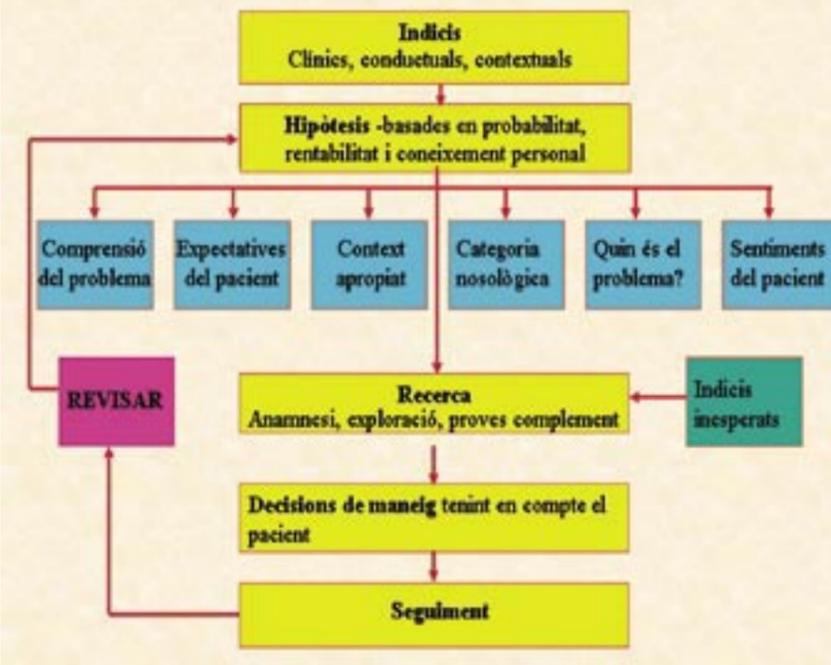
### Avantatges del model centrat en el pacient



◆ El metge de capçalera ha de disposar de l'oportunitat d'escollir l'especialista i el centre hospitalari

◆ No hem de donar respostes autoritàries i paradoxals a les qüestions que ens planteja l'atenció primària

### Procés diagnòstic segons el model centrat en pacient. Basat en el treball d'Elstein et al



és suficientment explícit. Una lliçó per aprendre.

Segona opinió mèdica, com a panacea. Hi ha una dita popular que diu: "Un metge cura, dos creen dubtes i tres maten." Què passa quan les dues opinions no coincideixen? Se'n necessita una tercera. El pacient, la major part de vegades, va perdut. Per tant, és el metge de capçalera –l'amic de tota la vida– qui ha de disposar de l'oportunitat de poder escollir l'especialista i el centre hospitalari, perquè amb coneixement de causa sempre podrà elegir millor.

L'intent d'uniformar-ho tot amb estructures totalitàries, en detriment de la llibertat de creació personal que és un valor fonamental per millorar la qualitat de vida en el treball. I tantes altres qüestions, com les excessives tasques burocràtiques que comporten imperceptiblement a prescindir del pacient i, en conseqüència, a incrementar el seu sofriment.

És clar que l'atenció primària té ganes de desenvolupar-se, i en aquest sentit empeny amb força, però a les qüestions que ens planteja no li hem de donar respostes autoritàries i paradoxals, cal donar-li respostes sensates i èticament correctes. L'abast de tal resposta depèn de cadascun de nosaltres i de la metodologia de treball que fem servir. La metodologia descrita a continuació ens pot ajudar, i disposa d'evidència científica contrastada.

#### Origen del mètode clínic

Segons Crookshank, el desenvolupament del procés diagnòstic té

◆ El model centrat en el pacient incrementa la seva satisfacció

◆ També evidencia millora en els resultats clínics, segons els assaigs de Kaplan i Bass

l'origen en la disputa entre dues escoles de pensament de l'antiga Grècia: l'escola natural o descriptiva i l'escola convencional o acadèmica. La primera s'interessa per l'organisme i el malalt, i intenta fer una descripció de la patologia en totes les seves dimensions. Mentre l'escola convencional se centra més en els òrgans i les malalties i a través d'un procés d'abstracció intenta classificar i anomenar la malaltia com una entitat independentment del pacient.

La tensió entre ambdues escoles es manté al llarg del temps en un equilibri de forces, però, al segle XVII, amb els treballs de Sydenham el mètode convencional pren força.

A començament del segle XIX, agafa un nou impuls degut, sobretot, a les innovacions instrumentals, a l'examen físic i als resultats de la necropsia. A principis del segle XX apareixen els primers textos de diagnòstic clínic amb una estructura estrictament objectiva, deixant de banda els aspectes subjectius del pacient.

La capacitat predictiva del nou mètode, sostinguda en la patologia orgànica i potenciada amb les noves tècniques diagnòstiques com la radiologia, l'endoscopia i la bioquímica, és tan poderosa que el col·lectiu mèdic creu, erròniament, poder prescindir del món interior del pacient. N'hi ha prou amb la recerca clínic per assolir un diagnòstic biològic i el patòleg valida aquest diagnòstic. La sessió clínic es converteix en l'epítom del procés. El malalt no compta per a res. És la culminació d'un mètode centrat en l'agenda del professional i en la malaltia.

Cap als anys 50, una sèrie d'autors, com Donovan, Balint, Kleinman i Engel, entre d'altres, comencen a adonar-se de les limitacions d'aquest mètode clínic, sobretot, per a l'atenció primària. Dels seus treballs se'n deriva un intent de desenvolupar un nou mètode clínic, més centrat en el pacient.

Fruit de totes aquestes experiències i inquietuds, als anys 80, quasi de forma paral·lela i sense connexió entre ells, canadencs i anglesos desenvolupen un model de comunicació molt semblant, on el pacient és el centre. L'escola canadense es desenvolupa en la Universitat de Western (Ontàrio) amb la direcció del doctor Bass i la doctora Moira Stewart i amb la col·laboració intensa d'autors de gran prestigi com Levenstein i McWhinney. L'escola anglesa està encapçalada pel doctor Pendelton amb les aportacions importants d'altres autors com és Neighbours.

Aquest nou model centrat en el pacient, no solament ha incrementat la satisfacció del pacient, sinó que ha evidenciat millora en els resultats clínics.

Així, Kaplan realitza 4 assaigs clínics en malalts crònics de diferents àmbits que demostren com algunes variables relacionades amb el model milloren les xifres de tensió arterial en pacients hipertensos, de glucèmia en pacients diabètics, de percepció de benestar dels pacients i també de tolerància a la quimioteràpia en els pacients oncològics.

Bass fa un estudi prospectiu amb 193 pacients que consulten per problemes comuns. En aquest estudi troba que la resolució precoç dels símptomes s'associa de forma significativa amb el fet d'arribar a un acord entre professional i pacient sobre l'origen del problema.

En un treball del Headache Study Group, s'estudien 272 pacients amb

mal de cap. El fet de comentar amb el metge la possible causa del mal de cap s'associa significativament amb la millora del procés. Altres treballs observacionals i experimentals han obtingut resultats semblants, amb millores clíniques significatives, en controlar aspectes relacionats amb l'experiència del pacient vers el problema i en la recerca activa d'acords amb el pacient.

Els mecanismes pels quals milloren els resultats clínics no són del tot clars. Però una capacitat diagnòstica més idònia en incorporar elements psicosocials, una millor adherència al tractament, unes conductes més adaptades a les necessitats dels pacients i una millor satisfacció i confiança en el professional podrien ser els elements clau.

En qualsevol cas, la constatació científica és suficientment important com perquè qualsevol professional, dotat amb uns mínims principis morals i interessat en donar un servei de qualitat, l'incorpori a la pràctica clínica diària per davant dels modernismes ficticis.

#### Descripció del model

El mètode tradicional o mètode centrat en el professional consisteix bàsicament en la realització d'una anamnesi, una exploració física i unes proves complementàries per arribar a un diagnòstic i així poder establir un tractament. Aquí el pacient es converteix en un element passiu del procés on les normes les estableix el metge i ell les ha d'acatar irremeiablement si no vol ser rebutjat.

En essència, el mètode clínic centrat en el pacient incorpora al mètode tradicional el significat que la malaltia té per al malalt. Què vol dir això? Els anglesos tenen dues paraules que es poden traduir com a "malaltia", però amb dos significats ben diferents. La paraula "disease" expressa alteració orgànica del propi organisme –per exemple, nòdul pulmonar– mentre que la paraula "illness" expressa el significat, la vivència i l'impacte que la malaltia genera al pacient –per exemple, el nòdul pulmonar que tinc, serà maligne?

En el mètode clínic centrat en el pacient, el metge concedeix la mateixa importància a la seva agenda tradicional que a la comprensió del significat que la malaltia té per al pacient, és a dir, abasta les expectatives, els sentiments, les pors i l'efecte sobre la vida.

Qualsevol pacient, quan demana ajut, juntament amb els símptomes i els signes arrossega tota una constel·lació vivencial que li permet donar un significat i, en ocasions, algunes idees vers el que s'hauria de fer o no. En aquesta constel·lació conviuen d'una

### Presentació convencional del cas clínic

- Simptoma principal
- Antecedents de la malaltia actual
- Antecedents personals -Hàbits tòxics, fàrmacs, al·lèrgies, etc.
- Antecedents familiars
- Perfil del pacient
- Revisió per sistemes
- Exploració física
- Resultats de les proves de laboratori i exploracions
- Llista de problemes
- Valoració general
- Pla de maneig

### Presentació del cas clínic centrat en el pacient

- Principal motiu de consulta
- Experiència de la malaltia per part del pacient: sentiments, idees, expectatives, efectes de la funció i significat de la malaltia.
- Malaltia: Història de la malaltia actual
  - Antecedents personals
  - Revisió per sistemes
  - Exploració física i de laboratori.
- Persona: perfil del pacient i fase del cicle vital del pacient.
- Àmbit: antecedents familiars, genograma i fase del cicle vital de la família.
- Relació metge-pacient: Transferència/ contratransferència, Problemes, rols, objectius.
- Valoració: llistat de problemes.
- Discussió general. Experiència amb la malaltia, literatura mèdica.
- Pla de maneig proposat conjuntament amb el pacient.

◆ **En aquest mètode clínic el metge abasta les expectatives, els sentiments i les pors del malalt**

manera més o menys ordenada idees, certeses, valors, atributs, sentiments, estats d'humor, records d'experiències prèvies, intens de canvi infructuosos, desigs, etc. que són específics de cada pacient.

Per això, diagnosticar és particularment difícil, perquè si bé la quantitat de símptomes que el cos humà pot produir és limitat, la manera de viure'ls i de reaccionar vers ells és molt particular de cadascú.

Per tant, un professional sanitari que només és capaç d'observar a la persona, a través del prisma de la ciència mèdica, està condemnat a tenir una visió parcial i esbiaixada dels seus

problemes i de les seves solucions o línies d'actuació per a abordar-les.

#### La clau del mètode

La clau del mètode centrat en el pacient és permetre que el pacient transmeti tota la informació possible, fins i tot la dels sentiments. Per això, hauríem de contemplar els següents elements:

**Quina idea té el pacient sobre l'origen de la seva malaltia.** Moltes vegades els pacients vénen amb una idea preconcebuda del que els passa. Quantes vegades hem sentit a dir: "Canviarà el temps, em fa mal el genoll." I quantes vegades ens n'hem burlat, equivocadament, perquè la idea que en té el pacient no coincideix amb la nostra, o perquè ens sembla una bajanada.

**Els sentiments que li causa.** Sobre tot la por. La por del que li passarà. La por del que li farem. A vegades els pacients estan excessivament preocupats, no tant pel que tenen, sinó per la incertesa de la nova situació en què es troben com a resultat d'estar malalts.

**L'impacte de la malaltia.** Si no va a treballar potser l'acomiaran. La mestressa de casa que no pot deixar la feina, en són exemples.

**Expectatives del pacient.** Hi ha pacients que no queden convençuts, si no se'ls fa una radiografia o una anàlisi. En aquest cas, si no cal fer-la, els ho haurem d'explicar, i fer-los entendre el motiu pel qual no els prescrivim l'exploració sol·licitada.

Cal tenir en compte, que la raó fonamental per la qual existeixen conflictes, resistències i agressions per part del pacient és la de no atendre les seves expectatives.

**Comprendre a la persona.** Cal abordar el pacient globalment, és a dir, en el context familiar, social, laboral, cultural i espiritual, atès que pot condicionar la forma d'actuar. Aquest aspecte és més fàcil per als metges d'atenció primària que porten molt de temps en el mateix lloc, perquè la perspectiva longitudinal que tenen del pacient fa que el coneixin bé i els permet adaptar-se més ràpidament a la nova situació.

**Buscar acords.** El pacient ha de participar en la presa de decisions i cal que s'impliqui en el procés malaltia-salut. La implicació del malalt en aquest aspecte és fonamental per a l'adhesió al tractament. Tenim pacients que són reticents a acceptar els tractaments que els proposem i, això, ens pot desencadenar una certa irritabilitat que hem de saber dominar. Es necessari arribar a acords amb paciència, destresa i temps.

**Incorporar prevenció-promoció.** La raó de ser fonamental del metge d'atenció primària no és la malaltia sinó la salut. L'estratègia bàsica és mantenir i millorar la salut dels pacients, amb la detecció precoç de les

◆ **A vegades, el pacient creu que si no va a treballar l'acomiaran**

◆ **El pacient ha de participar en la presa de decisions i en tot el procés**

malalties agudes, amb un acurat seguiment i control de les malalties cròniques, però, sobretot, amb la inculcació d'estils de vida saludables mitjançant la integració de l'educació sanitària a la pràctica assistencial.

**Relació professional-pacient.** Després de visitar un pacient, possiblement ens preguntem si hem encertat el diagnòstic o el tractament, però sovint passem per alt la relació que hem mantingut amb ell, excepte en els casos que ha estat excessivament emotiva o traumàtica. Doncs, en cada entrevista cal avaluar sistemàticament si hem avançat en la nostra relació i introduir els elements adients per millorar-la.

**Realisme.** En una consulta amb excessiva demanda és difícil aplicar el model en tots els pacients i en cadascuna de les consultes, però això no desmenteix els avantatges de la seva aplicació. Cal incorporar elements de planificació i organització adient als recursos disponibles.

No s'ha d'oblidar que, de vegades, identificar adequadament el problema del pacient, des d'un principi, ens pot estalviar moltes visites posteriors i el que inicialment pot semblar una dedicació excessiva, a la llarga, pot suposar un estalvi de temps i de recursos. Per tant, la integració del model centrat en el pacient a la pràctica clínica diària és una necessitat imprescindible per a millorar la qualitat assistencial.

#### Aplicació del model

A la Conferència Internacional de Comunicació i Salut de Barcelona del 2000 –celebrada a la Universitat Pompeu Fabra i organitzada pel Grup de Comunicació i Salut de la semFYC– s'emfatitzà en la necessitat de seguir una orientació centrada en el pacient on els valors, la dignitat i les creences del pacient haurien de ser guia per a qualsevol proposta diagnòstica, terapèutica i educativa.

Fa ben poc, el professor Ciril Rozman en un article publicat en el número 43 d'aquest butlletí –"Exercici de l'atenció primària en el segle XXI"– es pronunciava en aquest mateix sentit.

És evident que l'atenció primària, cada cop més, està immersa en un procés d'informatització empresarial amb el risc de despersonalitzar el metge però també el pacient.

Aquest procés és presentat per diversos estaments com el revulsiu per al desenvolupament de l'atenció primària del futur. Vol dir això que s'està gestant un nou model de comunicació? El model centrat en la informàtica i l'empresa.

Ja hem vist les limitacions dels mètodes exclusivament biològics o tècnics, doncs per què embarcar-nos en una nova aventura tecnicista, sense rumb, si hi ha un model experimental –forjat per autèntics "cracks" de la medicina– que funciona, malgrat ser, encara, força desconegut en el nostre àmbit. Serà per allò que l'home és l'únic animal de la Terra capaç d'ensopegar dos cops amb la mateixa pedra.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Popper, Karl: *En busca de un mundo mejor*. Ediciones Paidós. Barcelona.
2. Prados Castillejo, J.A.; Cebrià Andreu, J. i Bosch Fontcuberta, J.M.: *Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica*. FMC 2000; 7(núm. 2): 83-88.
3. Prados Castillejo, J.A.: "Nuevos modelos comunicacionales". *El Médico* 5-XI-99; 32-36.
4. Freeman TR. "The Patient-centred Case Presentation". *Fam Pract*, 1994; 11:164-70.
5. McWhinney, Ian R.: *Medicina de Familia* (traducción de la obra *A Textbook of Family Medicine*). Mosby/Doyma Libros, 1994.
6. "Editorial. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta". *Aten Primaria* 2001; 27: 449-451.
7. Valiño Pazos, C.: Relatos: "Se busca nombre propio". *Rev ROL Enf* 2003; 26 (7-8): 566-568.
8. Pendelton, D.; Hasler, J.: *Doctor-patient communication*. Londres: Academic Press, Inc., 1983.
9. *The headache study group of the University of Western Ontario. The predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians: a one year prospective study*. *Headache* J, 1986; 26: 285-294.
10. Kaplan, SH; Greenfield, S.; Ware, J.E.: "Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease". *Med Care* 1989; 27 (supple 3): 110-127.
11. Bass, M.J.; Buck, C.; Turner, L. et al. "The physician's actions and outcome of illness in family practice". *J Fam Pract* 1986; 23:43-47.

# Congrés de la professió mèdica de Catalunya

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya treballa, des de fa uns mesos, en l'organització del Congrés de la Profesió Mèdica. Com a membre d'aquest consell, el Col·legi de Metges de Lleida participa activament en la preparació del congrés.

El Col·legi de Metges de Lleida té una participació activa tant en l'organització com en la discussió d'aquells temes que podrien ser d'interès, així com en la realització del reglament que regularà el seu funcionament i en qualsevol qüestió participativa dels metges lleidatans.

El col·lectiu de metges de Catalunya, situat a l'entorn dels 31.000 col·legiats, dels quals aproximadament 1.400 són de Lleida, posa en marxa aquest projecte amb la finalitat de revisar el paper del metge en una societat que a principis del segle XXI ha experimentat canvis considerables en el terreny social, econòmic i dels valors i que amb tota seguretat n'experimentarà més i de gran transcendència en el futur immediat.

Cada generació ha de tenir l'oportunitat de fer-se seves les institucions i de debatre les situacions de distanciament o desfasament existents en el si d'aquestes, tot valorant el funcionament real i el funcionament desitjable, creant una cultura d'adhesió i participació activa de cara al futur més proper on, en el nostre cas, els metges puguin sentir-se agents principals d'una sanitat d'excel·lència dins d'una corporació que ens identifiqui i representi segons les decisions preses pel seus integrants.

Els objectius del Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya són els següents:

- Examinar la situació de la professió mèdica catalana a l'inici del segle XXI i els factors socials i tecnològics que incideixen sobre

la professió.

- Buscar vies de millora de la qualitat professional i mecanismes que contrarestin el desgast i la insatisfacció professional.
- Analitzar les formes d'augmentar la cohesió del col·lectiu professional mèdic i la defensa professional.
- Revisar els procediments formatius dels estudiants de medicina i dels metges en formació pel manteniment de la competència.

Hi ha una necessitat de reforçament intern de la professió en una època de desprofessionalització i insatisfacció dels professionals amb la conveniència d'impulsar i difondre els criteris del nou professionalisme com una base per a un nou contracte social amb els ciutadans.

No hi ha cap dubte que per part de la corporació col·legial s'haurà de fer un examen extens i profund sobre

l'obligatorietat i la seva pertinença en el nou ordre social actual. Hauríem d'analitzar les formes de coordinació i reagrupació de les organitzacions mèdiques. Un dels temes que preocupen i està contínuament qüestionat és la reclamació de polítiques retributives i unes condicions de treball satisfactòries.

En el marc estricte de la professió, s'ha de sol·licitar als metges l'opinió sobre aspectes bàsics, especialment el de la formació i el manteniment de la competència, així com les relacions metge-malalt en una professió amb tants avanços tecnològics.

Des de la vessant deontològica del nostre exercici, es fa necessari revisar i actualitzar el codi de deontologia i adaptar-lo a les noves formes d'exercici professional, a la tècnica i ciència mèdica, així com a una societat en continu desenvolupament cultural, social i legal.

La realització d'aquest Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya suposa que el seu desenvolupament tingui com a punt de partida i com essència una sèrie de característiques:

**Representació:** la participació dels metges catalans haurà de ser àmplia i establerta segons criteris d'igualtat i territorialitat en dependència de criteris bàsics que permetran escollir els representants de cadascuna de les corporacions mèdiques catalanes.

**Decisió:** els temes a tractar mitjançant les ponències i subponències establertes s'hauran de tractar pels ponents durant un període de temps que faci que la reflexió i la realitat de l'estat actual porti al fet que, una vegada arribi el temps de la votació, els resultats siguin aclaridors de quines són les opinions dels metges en cada un dels temes tractats.

**Influència:** Els resultats de les discussions i els resultats de les votacions, així com els acords presos seran difosos al col·lectiu mèdic, però també a l'Administració sanitària, als gestors de les institucions i a la societat.

**Concreció:** L'elaboració de les respostes i els acords presos hauran de ser concrets i posicionats envers que s'ha elegit de cara als temes oferts i sobretot concretar quin grau de suport té per part del col·lectiu.

**Obert:** aquesta reunió del col·lectiu ha de ser dins d'un marc obert a la participació dins de la regla-

mentació establerta, donant pas al fet que qualsevol que vulgui participar trobi el mitjà oportú per comunicar-se i opinar.

El programa del Congrés de la Profesió Mèdica de Catalunya aprovat pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya constarà de cinc ponències amb tres subponències a cada una d'elles. Cada ponència tindrà un president elegit segons la territorialitat dels col·legis de metges. A més a més, s'ha establert un número de ponents equitatiu en cada ponència procedents dels diferents col·legis.

Les ponències seran:

**Ponència 1. Ser metge al segle XXI.**

Subponències:

1. Valors de la professió mèdica i

**Ponència 4. Les condicions de treball dels metges.**

Subponències:

1. El sector públic: continuïtat assistencial, autogestió, participació dels metges en la gestió.
2. Les EALL.
3. Desmotivació, insatisfacció i frustració dels metges. El professionalisme com a solució.

**Ponència 5. Instruments per a la cohesió professional.**

En aquesta ponència signifiquem que com a presidenta hi haurà la doctora Rosa M. Pérez Pérez.

Subponències:

1. Com aconseguir que els col·legis i el Consell satisfacin millor les necessitats dels metges?
2. Paper de les societats científiques

◆ *El congrés se celebrarà a Sitges els dies 19 i 20 del proper novembre*

◆ *Els delegats de cada col·legi s'elegiran el mateix dia i a la mateixa hora*

obligacions ètiques dels metges. Les noves relacions metge-malalt.

2. Paper de les noves tecnologies de la informació i comunicació en la pràctica mèdica.

3. Els espais interprofessionals: límits i col·laboració amb altres professions sanitàries i límits de les especialitats mèdiques.

**Ponència 2. Educació dels metges i manteniment de la competència.**

Subponències:

1. Formar metges, per què i quants? Continguts de l'ensenyament de la medicina.
2. Cal reformar el MIR?
3. Formació continuada: avaluació periòdica de la competència.

**Ponència 3. Aspectes juridicol·legals de l'exercici de la medicina.**

Subponències:

1. Responsabilitat professional i defensa jurídica dels metges: necessitat d'una llei de responsabilitat professional.
2. Limitacions a la pràctica professional i reciclatge dels menys competents.
3. La prevenció dels errors mèdics i la promoció de la qualitat.

ques

3. Imatge de la professió i mitjans de comunicació.

En cadascuna d'aquestes ponències i subponències s'ha establert la participació inicial de metges dels quatre col·legis catalans. Per part de Lleida han participat un total de quinze persones, les quals com a representants del nostre col·lectiu han respost a unes preguntes concretes segons la subponència que se'ls va encarregar. Les preguntes a respondre eren les mateixes i amb caire genèric per tal d'uniformar les respostes des de la vessant de les inquietuds mèdiques:

- A.- Estat actual: què penses sobre la situació actual a Catalunya del tema que dóna títol a la ponència?
- B.- Cap on pot evolucionar la situació actual d'acord als factors econòmics, socials i polítics que són presents en el nostre país?
- C.- En què caldria millorar la situació actual?
- D.- Quins elements caldria introduir per promoure canvis valorables i positius en la situació actual?

E.- Recomanacions que haurien de fer els col·legis de metges. Enumeri les recomanacions i precisi a qui s'haurien de dirigir (autoritats sanitàries, autoritats acadèmiques, metges, polítics...).

Una vegada s'han respost aquestes preguntes respecte a totes les subponències es realitza una posada en comú extraient els principals punts d'acord i desacord que els metges valoren de cada tema; això es fa mitjançant una comissió col·legial que unifica i resumeix els resultats.

La següent fase serà que, amb aquest contingut, es donarà pas a la valoració per tots els col·legiats catalans a través d'Internet i d'un fòrum de discussió específic pel Congrés. Aquest moment és definitiu per conèixer d'una manera directa l'opinió col·legiada i enriquir l'aportació i discussió d'idees i valors respecte a la nostra professió. La pàgina web de contacte serà: [www.congresprofessio.org](http://www.congresprofessio.org).

Ara bé, la representativitat dels metges catalans, ja hem dit que de prop de 31.000, no és possible fer-la d'una manera directa tant per estructura com per funcionament, així el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, i d'acord amb els principis bàsics de l'esperit del Congrés, ha establert l'elecció de delegats per a cadascun dels col·legis, els quals seran elegits de manera reglamentària a través d'un procés aleatori amb garanties de publicitat i legalitat. L'elecció dels delegats que representaran el col·legi es farà el mateix dia i a la mateixa hora amb els criteris oportuns i establerts aprovats per l'òrgan de màxim representació col·legial de Catalunya, com és el Consell de Col·legis de Metges.

La data i el loc de celebració del Congrés de la Profesió Mèdica a Catalunya serà a Sitges els dies 19 i 20 de novembre de 2004.

Des del Col·legi de Metges de Lleida us encoratgem a participar com a col·legiats a través del mitjà que considereu oportú, principalment a través del fòrum de la pàgina web. També animem a participar aquells que resultin escollits delegats en l'elecció que es farà properament i que representaran la nostra corporació de manera directa com a expressió del parer de la societat mèdica lleidatana.

# Sexologia forense popular a Lleida

Com hem pogut constatar a través de la investigació històrica i, sobretot, per la seva poca freqüència, relatem en aquest treball un procediment especial de caràcter popular que se seguia per esbrinar la realitat de les agressions sexuals a les dones de la ciutat de Lleida. Es tracta de l'anomenada prova o assaig de l'ou, sobre la qual no n'hem trobat cap al·lusió bibliogràfica.

Drs. Manuel Camps Surroca i Manuel Camps Clemente

Com és sabut, les agressions sexuals s'explicaven en els llibres antics de cirurgia. Si ens situem a la baixa edat mitjana, ja a començaments del segle XV començà a ser habitual entre els metges catalans l'ús de la *Cirurgia de Guy de Chauliac* (1363) com a llibre de referència.

La seva importància, i sobretot la seva durada, queda demostrada si tenim en compte que va ser el llibre que s'havia d'aprendre els cirurgians que volien exercir a Lleida. Així ho expliquen les ordinations del 1600 i també les de 1753.<sup>1</sup>

Era una obra enfocada solament al diagnòstic i al tractament de les malalties quirúrgiques, però no a l'aplicació dels coneixements d'aquestes en el terreny de la justícia. L'única referència al peritatge l'hem trobat en el capítol que tracta de la impotència masculina com a causa de divorci. Els metges havien d'explorar els òrgans sexuals de la parella. Després, una matrona convivia uns dies amb aquesta, els donava "species e piments", els escalfava i els sucava els òrgans amb olis calents i observava la seva actitud sexual. Acte seguit, informava al metge del resultat perquè aquest pogués declarar.<sup>2</sup>

Les matrones, des de l'antiguitat, van jugar un paper molt important en els peritatges sobre sexologia, assignant-los fins i tot un salari per aquesta feina. Però arribà un moment que, des de l'àmbit de la cirurgia culta, aquesta funció va començar a ser criticada. Aquest fet s'inicià a l'època moderna (a Catalunya, a partir de la mort de Ferran el Catòlic el 1516).

Juan Fragoso (Toledo, 1530-1597),<sup>3</sup> en el seu *Tratado de las declaraciones*,<sup>4</sup> dedicà un capítol sobre el peritatge en casos d'agressions sexuals. El seu propòsit era avisar els jutges del perill de creure's les declaracions de les parteres, atès que es tractava d'un tema difícil en la pràctica.

En l'escrit rebut els dos únics arguments que utilitzaven aquestes per demostrar la virginitat o la "corrupció" de la dona. Al·legaven que en el coll de la mare existeix certa tela que impedeix que el dit penetri molt endins, i que un cop trencada en el primer coit, deixa de veure's pel fet d'entrar el dit lliurement; i que les dones "corruptes" tenen el *coll de la mare* més ample i obert que les donzelles, les quals el tenen més estret i agafat.

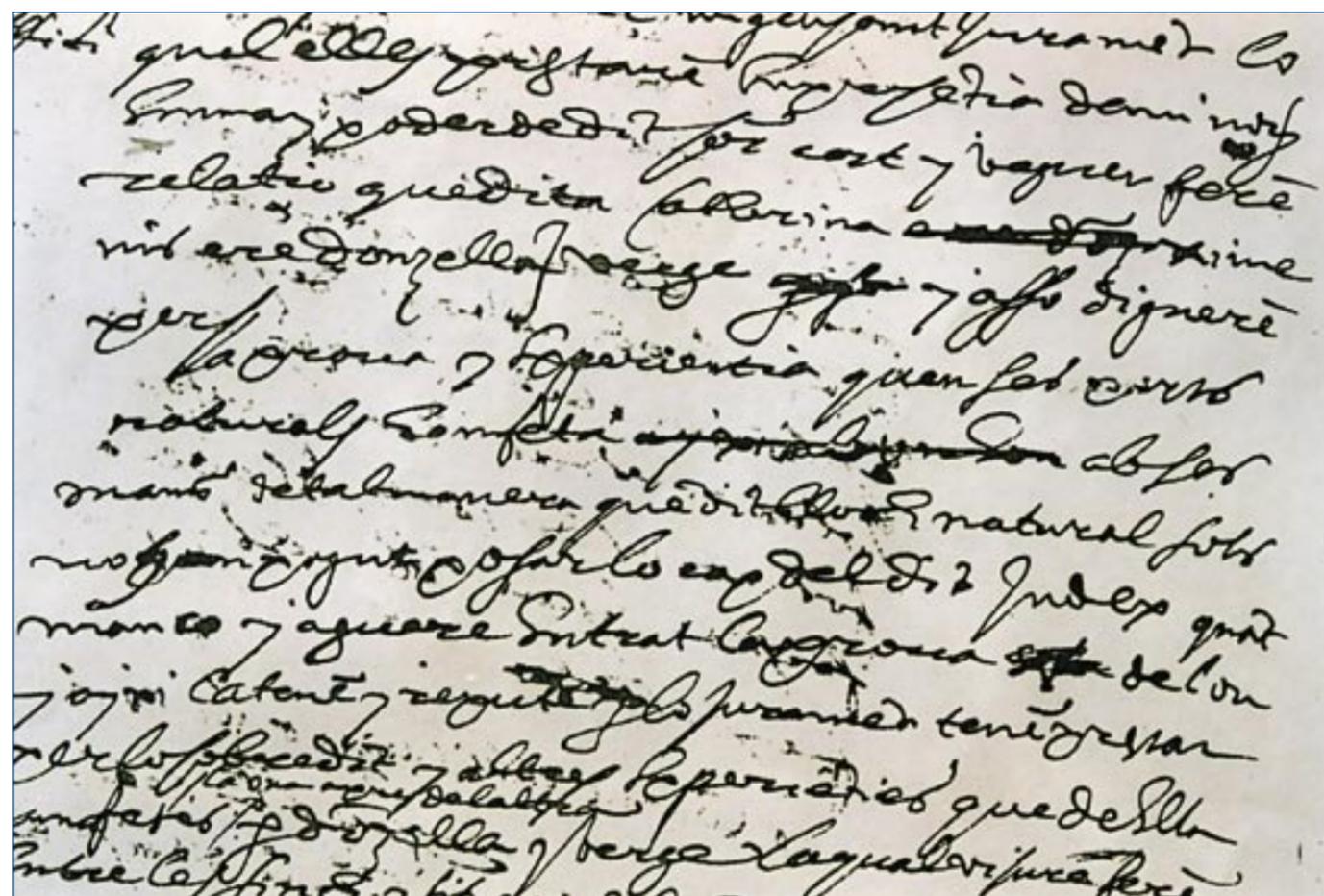
Explicà que aquests dos signes són molt enganyosos i, per tal de demostrar-ho, apel·là als criteris d'Ambroise Paré, de Realdo (es refereix al cirurgià Rolando de Parma, deixeble de Roger de Parma) i de Rasis, entre altres.

El primer, deia que aquesta tela solament la tenia una entre mil dones des del naixement; Realdo era de l'opinió que la sang menstrual la feia fondre; i Rasis, en el seu llibre de medicina "d'Almansor", considerava que l'únic signe que permetia diagnosticar la virginitat era el *coll de la mare* molt estret i arrugat, però que això podia variar en funció de factors purament individuals o bé traumàtics.

L'estocada final al peritatge de les madrines o parteres la donà a Catalunya Domingo Vidal (Vilaller, 1741-Cadis, 1800) en la seva *Cirurgia Forense* (1783), obra comentada per Jacint Corbella.<sup>5</sup>

Deia que solament els cirurgians perfectes, és a dir, els cirurgians metges, o els metges cirurgians, eren aptes per informar a la justícia. Quant a les comadrones s'expressa així: "*En el desfloramiento ¿qué podrán declarar las matronas, si no tienen la más mínima tintura de la Anatomía de las partes ofendidas?*"

En definitiva, quan es llegeix aquest llibre, s'arriba a la conclusió que les declaracions de les matrones no solament eren inútils sinó fins i tot perniciosos.



A la imatge superior, un text sobre l'assaig o la prova de l'ou que pertany a l'any 1604. A la imatge inferior, un text sobre la mateixa prova de l'any 1398.

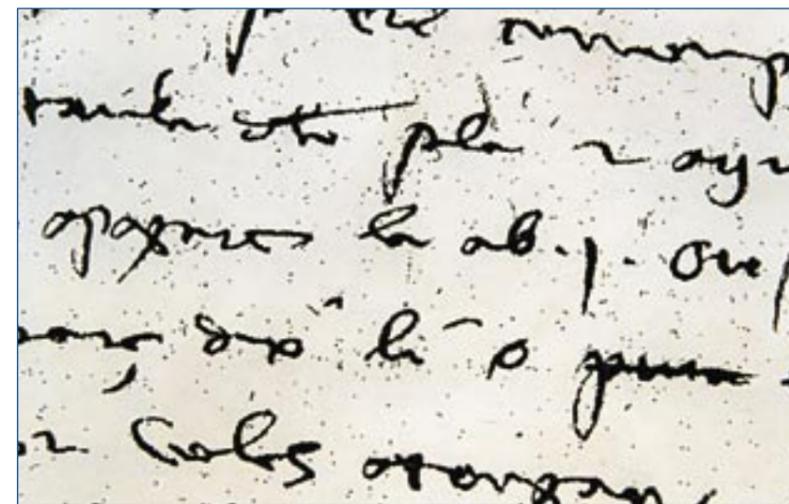
◆ Les matrones van jugar un paper important en els peritatges sobre sexologia

◆ Quan va arribar la cirurgia culta, aquesta funció va ser criticada

## Relat de dos casos d'agressió succeïts a Lleida

Relatem dos casos d'agressió sexual, un de 1398,<sup>6</sup> i l'altre ocorregut el 1604,<sup>7</sup> precisament un any abans que Miguel de Cervantes Saavedra (1547-1616), il·lustre fill de cirurgia, publicqués el *Ingenioso hidalgo don Quixote de la Mancha*. En ambdós trobem la prova de l'ou com a mètode popular d'exploració forense.

Primer relat. L'últim dia del juliol de 1398, va ser denunciat al veguer de



Lleida, Bhortolomeu de Sent Martí, que una fadrina havia estat agredida sexualment. La víctima, Mariona, filla de Guillamó Matheu, de Montagut, treballava de serventa a casa de P. Narç, la muller del qual la va amenaçar de ferir-la pel fet d'haver-se-li extraviat una gallina.

Per aquest motiu es va escapar de casa dels amos després de sopar i es va dirigir a la del bidell mestre Jacme. El dia següent, Narç ordenà al ballester Antoni que la busqués i la hi retornés.

En lloc de fer-ho, se l'endugué per un

carreró solitari i en un estable, tapant-li la boca per evitar que cridés, l'agredí dues vegades i després la va portar a casa seva on la féu dormir en un banc fins l'endemà. Al mateix temps l'amonestà que no digués res i li ordenà que se n'anés a la porta del celler de Joan d'Alfagerí.

Poc després, ell mateix s'hi dirigí amb l'excusa de comprar vi. Na Tolosa (suposem la muller d'Alfagerí), en obrir-li la porta s'adonà de la presència de la noia i va ser quan el ballester, davant l'estranyesa d'aquella, li explicà que

era la macipa de Narç.

Va ser aleshores quan aprofità per anar-se'n a casa d'aquest i contar-li que durant el retorn se li havia escapat i havia fet cap a l'esmentat celler. Tots plegats anaren a buscar-la, i la seva ama, no creient-se l'esmentat relat, aconseguí que la serventa li confessés que en realitat havia dormit en un banc de la casa d'Antoni, el ballester.

Aleshores, sense ni tan sols preguntar-li si havia jagut amb ell, requerí a l'ama del celler, na Tolosa, i a una conversa anomenada Cullels, per dur a terme totes tres el reconeixement ginecològic mitjançant l'assaig o la prova de l'ou. Acabat aquest, i amb la convicció que havia estat "corrompuda", la seva ama la tractà de bagassa. Però malgrat l'insult, ella no va voler atorgar:

"Interrogada si la dita madona den P. Narç la interrogà si lo dit Anthoni havia jagut ab ella depositant. I ella depositant, respòs que no. I lavors, la dita madona den P. Narç alçà-li les faldes i guardà-la en la natura, presents madona de micer Johan Alfageri i una conversa grossa que ha nom Cullels, les quals hi havien fetes passar per regonexer-la si ere corrompuda i feren-la gitar sobre una taula de la sala i aquí, elles veeren que ere corrompuda i assagaren-la ab un ou i lavors la dita madona d'en P. Narç dix-li: bagassa! I feyt-ho has! I ella depositant no volch atorgar."

Davant d'aquesta acusació tan greu, el veguer ordenà el peritatge oficial a les madrines de la ciutat, Antònia (vídua d'Andreu Català), i la conversa na Clara, amb la finalitat d'esbrinar la veritat. Prestat el jurament de rigor, la van reconèixer, com era costum, ajudades per altres dones que elles mateixes havien triat:

"Una vegada i moltes, digueren ésser ver que la dita fadrina ere stada asagada de corrompre i hi havia fet son poder, mas que no la havien poguda violar, com la dita fadrina hagués hauda una malaltia en lo angonal, que la peyll de la natura li és tan streta que va a ventura, que jamés null hom pugue jaure ni conexer la dita fadrina. Mas, que al present, com dit ha, ella és tant casta com jamés fos e que millor seria a monja que no al mon."

La sentència, malgrat les informacions rebudes i altres esbrinaments, va ser absolutòria.

Segon relat. El 2 de juny de 1604 va ser denunciat al veguer de Lleida, Lluís de Queralt, el robatori d'una donzella d'uns disset anys a uns traginers que la portaven a la seva terra. Els malfactors, armats de pedrenyals, se l'endugueren contra la seva voluntat.

Feia sis mesos que la víctima, Caterina Ximenes, natural del regne de Castella, s'havia traslladat amb una amiga des de Saragossa a Barcelona. En aquesta ciutat serví durant dos mesos el metge doctor Cloch. Però aviat deci-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

dí retornar-se'n amb uns deutes seus (parents). Un cop a Lleida, van fer nit a l'hostal de Salmeron, proper a l'hospital, lloc on hi freqüentava aquells dies un fadrí sabater roig anomenat Joan Comes, natural "d'Alcolitja", fillastre del tapiner Joan Sedó, acompanyat d'altres dos individus. La donzella s'adonà que aquest fadrí la mirava tant que es pensà que no la "mirave per be". El dia següent van emprendre el camí real direcció a Saragossa guiats per un germà de l'hostaler.

Un cop passat un castell situat en una serra propera a Lleida, al costat d'unes forques, la comitiva s'adonà que era seguida pels esmentats tres personatges.

Ja havien passat Alcarràs i, en arribar a la Serra Pedregosa, s'aturaren a beure tots plegats en un hostal situat a peu de camí. Després, quan eren a la baixada de Fraga, el roig invità la donzella a baixar de la cavalcadura, i el seu company, vestit amb calces blaves i amb la daga desemeïnada, l'obligà a caminar per força. Ella els pregà que no la maltractessin.

D'aquesta manera se l'endugueren a peu fins a la localitat d'Alcarràs, on van fer nit en una casa amb la intenció de continuar el camí fins a Lleida l'endemà diumenge. En el trajecte, el roig li sol·licità "que fes per ell" i que s'aturessin a reposar una estona. Fou aleshores quan l'agressor li "volgué posar la mà davall les faldes", responent-li ella que fins aleshores "avia guardat llimpia" i no consentiria que s'hi acostés, ni poc ni molt, i que si la toqués li donaria una bufetada.

En arribar a Lleida, la deixaren a casa d'un tal Agustí Sunyer, molt prop del portal, on hi va romandre fins al dia següent. Durant l'estança en aquesta casa, el roig li portava fruita, cireres i carxofes, però ella plorava, estava molt trista, no volia menjar. Aprofitant una absència d'aquell, va demanar a l'ama de la casa que l'acompanyés a l'hostal de Salmeron, on se sentiria més segura. Però no es va poder deslliurar d'ell, ja que també hi va fer cap a sopar i a dormir. Va intentar fer-la entrar a l'habitació amb insistència, malgrat la seva negativa. Va ser aleshores quan ella observà com "adobava una vergueta per al pedrenyal".

Quan al final se'n va anar el roig, l'hostaler va contractar la noia com a serventa per un salari de cinc lliures anuals i una camisa.

La captura de Joan Comes no va ser fàcil. Ell mateix va declarar que va fugir del veguer, un cop aquest l'havia capturat, per evitar la presó, ja que "les presons porten mala hombra".

Per diversos testimonis -l'agutzir reial Francesc Gilabert i els donzells Onofre Serdà i Baltasar Claramunt-sabem que va ser detingut davant de la casa de l'apotecari m<sup>o</sup> Pastor i aconseguí escapar-se quan eren als



Portada d'un dels textos antics de "Cirurgia forense"

Perxes de Baix, just enfront de la casa Boixadors. Aleshores, seguint el carrer Major, es dirigí a corre-cuita pel carreró de m<sup>o</sup> Castro fins arribar a l'església de Sant Andreu, on es va amagar. Al final, va ser necessari que el veguer declarés sometent per extreure'l del temple i portar-lo a la presó.

Atesa la seva negativa del delictes que se l'imputava, la cort va ordenar diversos acaraments a la sala nova de la Paheria entre el reu i els testimonis dels fets, així com l'exploració de la víctima per les comadrones. També li va ser concedit un curador per declarar, Mateu Belloch, pel fet de ser major de 22 anys i menor de 25. En l'acarament directe amb la víctima, aquesta va dir que "com se gitaren al camp pera dormir me requerien moltes voltes posant-me les mans davall les faldes volent-me deshonrar per força". També va confessar que quan foren a casa d'Agustí i, aprofitant l'absència de Caterina (muller d'aquest), "me requeriren de amores i sobre de un cofre me volgueren besar y jo nou volguí may consentir". La declaració de l'esmentada Caterina també va ser prou significativa, ja que va veure com Comes la festejava i "volia restar y conversar ab ella y volent-li prendre les mans y cercant-li altres jochs y ella nou volie sufrir ans be li pegave dient-li que sapartas y que anas enbonora". També va afegir que si els hagués deixat sols l'hagués forçat, atenent els jocs i les "importunacions" que li feia.

Els peritatges. El veguer i els pahers van decidir que Caterina Ximenis "fos visurada per madrines expertes a efecte de veurer y enterarse si era donzella y verge o, si estave rompuda, o, violada". Ho van encomanar a Joana Heres, vídua del pagès Joan Heres, i a na Caterina Fornes, muller

de Bernat Fornes, madrines ordinàries de la ciutat. Ambdues, de seixanta anys d'edat, i amb trenta i setze de pràctica respectivament, van declarar que atès que no els va ser possible introduir el cap del dit índex "en les parts naturals" de la pacient, menys encara hi hagués entrat l'ou:

"Vista i per elles regoneguda y tocada per ses propies mans la dita Catherina Ximenis clara y patentment migensant jurament lo qual elles pres-taren en presentia de mi notari en ma y poder de dit senyor cort y veguer feren relatio que dita Catherina Ximenis ere donzella y verge y asso digueren per la prova y experientia quen ses parts naturals han feta ab ses mans de tal manera quen dit lloch natural sols no han pogut posar lo cap del dit índex quant manco y aguere entrat la prova del ou y ayxi la tenen y reputen per lo jurament tenen prestat per lo sobredit y altres experienties que de ella anfe-tes, la una apres de l'altra, per donzella y verge la qual visura feren entre les sinch y sis hores del present dia en la casa de la paheria en un aposento clar."

Amb el propòsit d'asseverar-se encara més de la realitat, el cort i pahers van ordenar un segon peritatge a la madrina Magdalena Camineta, vídua de Francesc Caminet, de cinquanta anys d'edat i amb vint de pràctica. Va declarar també que era verge:

"Que ha vista y tocada de ses propies mans clara y patentment a la llum del dia la dita Catherina Ximenis ques assi present davant [...] y fetes ab ella les experienties en semblants coses fer acostuma dich ha trobat la dita Catherina Ximenis donzella y verge y nogens corumpuda ni violada y per donzella y verge la te ella testimonio per la experientia que com te dit quedella te feta y asso refereyx y advere per lo jurament que te prestat."

#### ACRÒNIMS

BUB: Biblioteca de la Universitat de Barcelona.  
INC: Incunable.  
AML: Arxiu Municipal de Lleida

#### NOTES

- (1) CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: *Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida*, Lleida, 2003.
- (2) BUB. INC-490.
- (3) L'obra quirúrgica del qual la vam localitzar solament en dues de les onze biblioteques de metges catalans inventariades entre els anys 1567 i 1743, en concret en les dels anys 1603 i 1637. CAMPS SURROCA, M.: *Inventaris de metges i cirujans a Catalunya (segles XIV-XVIII)*, Barcelona, 2001.
- (4) CORBELLA, J.: *Juan Frago. Tratado de las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas maneras de muertes que suceden*, Barcelona, 1988.
- (5) CORBELLA, J.: *Cirugia Forense, o arte de hacer las relaciones Chirurgico-Legales*, Barcelona, 1987.
- (6) AML. Reg. 798, fol. 11r.-13r.
- (7) AML. Reg. 833, fol. 27r.-42v.

# Cervell d'home, cervell de dona?

Dra. Teresa Guilera i Lladós · *Psiquiatra. Centre de Salut Mental de l'Hospital de Santa Maria de Lleida*

El cervell en tots els mamífers és sexualment dimòrfic, és a dir, presenta diferències en funció del sexe, tant des del punt de vista anatómic com funcional. L'estudi d'aquest dimorfisme permetrà entendre les bases neurobiològiques de les diferències conductuals i emocionals que identifiquen cada sexe.

Es farà referència a les diferències anatómiques, influències hormonals en el desenvolupament, diferències en els sistemes de neurotransmissió, diferències evolutives i a les diferències funcionals entre el cervell de l'home i de la dona.

#### Diferències anatómiques

- El cervell dels homes és aproximadament un 10% més gran que el de les dones.

- Les dones tenen el cervell, proporcionalment al seu cos, més gran que els homes.

- Estudis recents evidencien que el cervell de l'home mostra més asimetria que el de les dones. En els homes hi ha un predomini dret i en les dones, esquerre.

- Amb l'edat, els homes mostren més canvis que les dones, amb més pèrdua de volum a l'hemisferi esquerre i sobretot al lòbul temporal i frontal.

- Respecte a les diferències en la composició relativa del teixit cerebral, s'observa un major percentatge de substància gris al còrtex prefrontal dorsolateral i al gir temporal superior en les dones, àrees relacionades amb el llenguatge.

- S'han trobat diferències en la distribució i densitat de les neurones piramidals de l'hipocamp.

- Alguns dels nuclis intersticials de l'hipotàlam anterior (INAH) que es troben a l'àrea preòptica, regió que regula la conducta sexual, són sexualment diferents:

- El nucli INAH-2 és el doble i l'INAH-3 el triple de gran en el cervell masculí que en el femení.

- Aquesta zona té el major nombre de cèl·lules, tant en nenes com en nens entre els 2 i 4 anys d'edat. Amb el pas del temps, en les dones es van perdent cèl·lules progressivament i es crea una diferència en la mida d'aquest nucli.

- El nucli INAH-3 és menor en dones heterosexuales i en homes heterosexuales que en homes heterosexuales.

- Les estructures subcorticals com el caudat i el tàlam són proporcionalment

més grans en les dones.

- L'istme del cos callós és més gran en dones. El cos callós disminueix amb l'edat cronològica en els homes però no en les dones.

- Les comissures anteriors són més grans en dones i en homes homosexuals que en homes heterosexuales.

#### Influència hormonal sobre el desenvolupament i la diferenciació sexual del cervell

Si les accions de les hormones sexuals sobre un cervell madur es poden considerar com a activadores i transitòries, les que actuen sobre el sistema nerviós en desenvolupament s'han de considerar com organitzadores i permanents.

L'exposició perinatal a les hormones sexuals sembla ser la responsable del dimorfisme sexual cerebral, tant en morfologia com en funció.

El període més important per al desenvolupament del cervell fetal és quan les hormones induïen la diferenciació gonadal. Els processos de desenvolupament i maduració cerebral continuen després del naixement i adolescència i fins a la vida adulta.

- La impregnació hormonal del cervell fetal per a andrògens retarda l'evolució del còrtex i la maduració cortical, disminuint l'aprenentatge.

- Des de la setmana 8 a la 24 de la gestació, els homes arriben als valors més alts de testosterona i la diferència entre homes i dones és la màxima durant aquest període crític prenatal.

- Després de la pubertat, els nivells baixos de testosterona afavoreixen la capacitat mental dels homes per a habilitats espacials i matemàtiques, mentre que els valors alts beneficien les dones.

- Els nivells alts de progesterona

◆ *Els estudis demostren que el cervell és sexualment dimòrfic*

durant el període perinatal feminitzen el cervell i augmenten el gruix cortical i la intel·ligència tant en nenes com en nens.

#### Diferències evolutives

- La maduració dels hemisferis cerebrals és diferent segons el sexe. La possibilitat que s'estableixin anomalies i defectes en el desenvolupament és major en els homes que en les dones.

- L'hemisferi esquerre o dominant sembla que madura abans en les nenes i està més lateralitzat.

- L'especialització de l'hemisferi no dominant, generalment el dret, s'estableix més tard i amb menys definició a les nenes.

- Si l'hemisferi no dominant a les nenes tarda més en assolir una especialització és possible que mantingui una major plasticitat durant un període de temps més llarg que en els nens.

#### Diferències en els sistemes de neurotransmissió

Les hormones afecten les funcions neuronals i regulen la síntesi i l'activitat d'enzims, neurotransmissors, receptors i efectors.

La serotonina és un neurotransmissor modulator que participa en la regulació de nombroses funcions i és clarament dimòrfic. Les dones presenten majors nivells cerebrals de serotonina i d'àcid 5-hidroindolacètic que els homes amb una major densitat i predomini en l'hemisferi dret dels llocs de fixació per a la imipramina.

La diferent sensibilitat a l'estimulació serotoninèrgica pels efectes dels esteroides sexuals sobre els receptors 5-HT justificaria les diferències entre sexes relacionades amb la conducta, agressivitat, impulsivitat, estat d'ànim i alguns trastorns mentals.

El sistema dopaminèrgic, colinèrgic i la distribució cerebral d'esteroides GABAèrgics són també sexualment dimòrfics.

#### Diferències funcionals

S'han trobat també diferències funcionals entre homes i dones evidenciades mitjançant tècniques d'estudi del SNC funcionals com la tomografia per emissió de positrons (TEP), tomografia computeritzada per emissió de fotó simple (SPECT), ressonància magnètica espectroscòpica (RME), potencials evocats i proves neuropsicològiques.

- El cervell adult femení és funcionalment menys asimètric que el masculí. En pacients homes amb lesions neurològiques hi ha una forta associació entre la lesió cerebral i el tipus de dèficit cognitiu que s'observa.

- S'observa una menor latència i una

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



aportacions que faci la indústria farmacèutica a la formació dels professionals.

D'acord amb el que estableix l'article 18 d'aquest RD, aquestes aportacions es qualifiquen com a patrocinis i tenen la consideració legal de publicitat de medicaments. D'aquesta manera, l'hospitalitat, oferta directament o indirecta, s'ha de referir a manifestacions de caràcter exclusivament professional o científic. Aquesta hospitalitat ha de ser sempre moderada i subordinada a l'objectiu principal de la reunió i no pot ser extensible a persones que no siguin professionals de la salut. Addicionalment, totes les activitats publicitàries de la indústria farmacèutica, inclosos aquests patrocinis, s'han de comunicar oficialment als òrgans encarregats del control de la publicitat de medicaments de les comunitats autònomes.

D'altra banda, cal recordar l'existència d'un estricte sistema d'autocontrol per part de la indústria farmacèutica a través del codi de bones pràctiques de promoció dels medicaments de Farmaindústria.

Així doncs, la contribució de la indústria farmacèutica en la formació dels professionals està regulada i controlada, i facilita l'accés dels professionals a una formació de qualitat garantida a través del sistema d'acreditació del CCFMC.

**Rafael Manzanera**

Director general de Recursos Sanitaris

## Pfizer en la línia deontològica

A la pregunta: vostè com a empresa farmacèutica estaria disposada a fer públiques les activitats dels seus congressos i reunions?, la nostra resposta és clarament afirmativa.

Amb la seguretat de considerar que hem triat el camí idoni, la indústria farmacèutica ha decidit per majoria actuar sobre aquesta vessant que tantes crítiques ens ha generat i tanta credibilitat ens ha fet perdre als ulls dels responsables sanitaris i de la ciutadania en general.

A la fi s'ha arribat a un punt d'inflexió marcat per una data, el 20 de gener de 2004. Des d'aquest

## • Farmaindústria • va aprovar el • codi de bones • pràctiques per • promocionar els • medicaments

moment, l'Assamblea General de Farmaindústria va aprovar l'última reforma del Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de Medicamentos, que és obligatori per a aquells laboratoris que lliurement decideixin el seu seguiment.

D'aquesta reforma del Código cal destacar la creació de la Unitat de Supervisió Deontològica Independent amb un reglament propi i en la qual figuren una sèrie d'inspectors externs i un responsable intern que seran els encarregats d'inspeccionar el correcte acatament del document. Aquests tindran potestat per iniciar expedients d'ofici.

Al marge d'aquests mecanismes d'autocontrol, per a la indústria del medicament existeix molta feina per endavant amb la finalitat de retornar la confiança perduda. Malgrat això, aquest repte no deixa de ser estimulants per a tots nosaltres. Pfizer, com a companyia compromesa amb la societat i líder de la indústria farmacèutica, ha defensat la reforma del Código de Buenas Prácticas, impulsat per Farmaindústria i està totalment implicada en el seguiment de l'acció.

Com a exemple, podem destacar que, amb caràcter intern, Pfizer ha comunicat a tots els seus empleats la necessitat de continuar rigurosament, així com de no incumplir, en cap dels seus punts, l'esmentat codi.

A Pfizer creiem que la cura de la salut és més que un negoci, és un compromís. Així, entenem que la principal funció social que ens ha sigut encomanada no és una altra que lluitar contra la malaltia i dur a mans de la societat els productes més eficaços per millorar la qualitat de vida de milions de persones en tot el món. Aquest compromís es reflecteix en les nostres campanyes com la posada en marxa, en col·laboració amb l'OMS i

l'ONU, per a la distribució gratuïta de Diflucan per a pacients amb VIH/sida o les donacions de Zitromax i el conseqüent suport tècnic sota el programa per lluitar contra el tracoma. L'esmentat projecte s'estendrà a més de 30 milions de persones amb l'objectiu d'eradicar la malaltia durant l'any 2020.

En aquesta mateixa clau de compromís ens agradaria transmetre que descobrir un medicament que pal·li un malestar, o salvi una vida, implica un extraordinari esforç d'investigació. Només una de cada 10.000 mol·lècules que s'inicien en un projecte d'investigació culmina amb èxit en el procés. El fet que Pfizer sigui la companyia farmacèutica que més inverteix en I+D exterioritza l'enorme potencial que hem desenvolupat des d'una fortalesa de valors interns que han permès aquest lideratge.

Per això, Pfizer és part de la solució. Volem sentir-nos obligada referència a l'hora de poder participar en projectes integradors amb tot tipus de socis i igualment ser considerats com a aliats per donar resposta a les necessitats farmacèutiques i sanitàries de la població. Sobre aquests valors, Pfizer prefereix ajudar a la formació de professionals de la salut en els seus múltiples àmbits que realitzar d'altres tipus d'ajuts que gairebé han d'estar relacionats amb el creixement professional i personal d'aquests.

Un exemple evident a Catalunya és el programa PAICI: mitjançant el qual Pfizer i el Departament de Sanitat van signar el setembre del 2003 un conveni de col·laboració per al desenvolupament d'un pla de formació en suport vital bàsic i d'utilització de desfibriladors automàtics (DEA) per a 9.100 professionals sanitaris durant el període 2003-2005. L'esmentat pla de formació representa una de les mesures dirigides a l'atenció primària i al transport sanitari urgent contemplat en el Pla Integral de Cardiopatia Isquèmica de la comunitat catalana. Es tracta d'una iniciativa totalment innovadora a Espanya i que, per a Pfizer, representa una nova forma de relacionar-se amb l'Administració sanitària.

**Marisa Buelta O'Donnell**

Responsable de relacions amb l'Administració sanitària de PFIZER

## Relación entre los médicos y las empresas farmacéuticas

Las empresas farmacéuticas dedican sus esfuerzos de I+D (Investigación+Desarrollo) a promocionar sus productos con diferentes fines:

- **curativo:** debería ser el primordial, descubriendo sustancias que resolvieran los procesos patológicos de forma definitiva.
- **comercial:** distribuyendo sus productos y proporcionándolos a los centros de venta para que puedan ser utilizados por los usuarios que los requieran.
- **laboral:** su actividad permite contratar a un personal y crea, por lo tanto, empleo en la población.

No siempre se cumplen estos objetivos, sino que en ocasiones prima más la parte comercial de obtener beneficios que la labor social que su actividad indica.

a) Así pues, los productos que deberían tener como máximo exponente el solucionar una patología, la mayoría de las veces sólo la paliar, lo que implica una utilización constante para que mejoren los síntomas, pero que recidivan en cuanto cesa el trato, siendo muy rentable en el aspecto comercial pero decepcionante en el aspecto médico.

b) La droga cura una enfermedad, pero no impide que ésta pueda ser contraída de nuevo.

c) Profiláctica: su consumo es constante en determinadas situaciones.

d) Placebos: no actúan ni en la patología, ni en recidivas, ni profilaxis. Son meros productos de marketing.

Para llegar a la fórmula definitiva que defina la droga y su utilidad, se precisa efectuar grandes gastos de inversión. El producto final identificado, investigado, y posteriormente envasado, ya está dispuesto para su comercialización y para ser utilizado en la población que lo requiera. Es el momento de promocionarlo poniéndolo en conocimiento de la clase médica mediante comunicaciones y anuncios en revistas especializadas,

por correo, teléfono, congresos, jornadas, etc. Y por supuesto por medio de los visitadores médicos.

El representante del laboratorio se presenta en la consulta y, con los conocimientos adquiridos por las enseñanzas de los técnicos de los fabricantes, expone la naturaleza, farmacología, indicaciones y contraindicaciones, ventajas sobre lo anteriormente comercializado y las competencias.

En mi consideración, este proceso es totalmente necesario porque conlleva una serie de ventajas:

- 1.- Procura información directa y permite despejar dudas sobre la nueva sustancia.
- 2.- Aporta datos, estudios y pruebas que constatan la bondad del producto.
- 3.- Posibilita la ampliación de la información, de las características, y de las posibles utilidades en diversos diagnósticos.
- 4.- Aporta muestras para su utilización inmediata y como recuerdo.
- 5.- Aporta libros y publicaciones de la industria que avalan el producto y que ayudan a la formación médica.
- 6.- Aporta una formación totalmente gratuita por parte de la industria farmacéutica.

Hasta aquí todo son ventajas, pero también se plantean inconvenientes:

- 1.- La utilización de un horario por parte del médico para recibir las comunicaciones, que no siempre es compatible con el horario de visitas de los pacientes.
- 2.- La interferencia que se produce con la atención a los enfermos, aunque en ocasiones es la única posibilidad de descanso que se tiene durante la jornada.
- 3.- La presión comercial que puede producirse por querer

## • La información • médica • mediante • visitadores • es totalmente • aconsejable

utilizar el producto para constatar sus aplicaciones o por simple necesidad del laboratorio.

Por todo lo expuesto se tiene que tener en cuenta en el momento de prescribir un criterio propio, que no influya a la hora de utilizar un medicamento determinado:

- a.- La patología del paciente.
- b.- La idiosincrasia del paciente (cumplidor, inconstante, maniático, impositivo, alérgico), que condiciona la forma de administración e incluso la composición de la droga. Por ejemplo, "yo quiero inyecciones porque si no no me curo".
- c.- A igualdad de droga prima:
  1. El laboratorio investigador, ya que garantiza pureza y efectividad.
  2. La información que haya proporcionado el visitador.
  3. La empatía que se tenga con el delegado del laboratorio.
  4. Los conceptos económicos de la prescripción (Personalmente, no defiendo los EFG, porque carecen de investigación propia, no siempre tienen la misma efectividad que el original constatada por diferentes pacientes, ya no son más baratos que muchos de los originales y han sido utilizados como medida de presión por parte de la Administración para bajar precios).

Estos condicionamientos nos llevarían a otro debate, que se aleja del actual. En resumen, vistas las ventajas e inconvenientes, mi conclusión es que la información médica mediante visitadores es totalmente aconsejable, pero con regulaciones apropiadas y disminuyendo la presión comercial, de manera que el médico pueda tener libre disposición sin condicionamiento de receta.

La eliminación de ese sistema totalmente válido, únicamente se podría producir si la visita se realizará por funcionarios o personal de la misma Administración sanitaria que aportarán las mismas prebendas como información, formación gratuita, libros, congresos, publicaciones, etc., y una crítica veraz y contrastada de lo que aporta cada medicamento, totalmente aséptica y libre de condicionamientos económicos y presupuestarios, hecho que actualmente sería una utopía.

**Dr. Albert Lorda**

# Aplicació de la fotografia digital a la consulta (II)

En el capítol previ vàrem fer una introducció al món de la fotografia digital i dels avantatges que aporta respecte a la fotografia convencional. En aquesta edició aprofitarem per comentar les aplicacions pràctiques del seu ús a la consulta, basant-nos en l'experiència acumulada pels autors al llarg de dos anys. També pretenem introduir el facultatiu motivat en l'ús de la imatge digital amb l'objectiu de millorar la qualitat assistencial que ofereix als seus pacients.

En el món actual, és extraordinària la celeritat en què avancen els esdeveniments, especialment en el món de la tecnologia. Probablement, no tinguem ni temps ni ganes d'endinsar-nos en totes i cadascuna de les noves modalitats tecnològiques, però també és cert que bé per motius personals o professionals alguns de nosaltres som capaços d'involucrar-nos en alguna d'aquestes tendències.

## Motivacions de l'ús de la fotografia digital

Clàssicament s'han descrit multitud d'utilitats de la fotografia convencional en la pràctica clínica. Les mateixes prestacions es poden aplicar amb la tecnologia digital aprofitant tot un seguit d'avantatges que faciliten el maneig i les aplicacions de les imatges obtingudes, tant en l'aspecte assistencial i científic com en el docent.

La primera qüestió que s'ha de plantejar un professional que pretén introduir l'ús d'alguna novetat en la pràctica clínica és la valoració personal del cost/benefici que suposarà. És inútil obligar-nos a fer alguna activitat que no ens entusiasmi ni ens porti cap avantatge respecte al

que estem fent de forma rutinària des de fa anys i, a més, ens doni el maldecap d'haver de lluitar contra la pròpia raó.

En aquest sentit, i valorant les aplicacions tecnològiques actuals, és important observar el marc en el qual

treballem. Avui en dia ningú dubta que hem de fer servir l'ordinador a la consulta, tant en l'atenció primària com en l'especialitzada. S'està introduint de manera gradual i imparabile el seu ús en el procés assistencial, bé sigui per la infor-

matització de la història clínica (a través de programes com e-CAP, OMNIAP, SIAPWIN, etc.) o bé per la utilització de programes per altres feines complementàries (elaboració de documents, consulta de bases de dades, connexió a Internet, etc.). El facultatiu ha d'aprendre a usar-les, tot i els inconvenients que comporten inicialment (lentitud en el procés assistencial, manca de temps, necessitat d'ensinistrament, etc.). Altrament, la informatització ens aporta avantatges rao-



Figura 1. lesions dermatològiques



Figura 2. Fotografia d'imatge radiològica

nables com ara el menor ús del paper, menor necessitat d'espai per emmagatzemar historials clínics, menor ús de personal administratiu... i, a més a més, ens permet introduir dades en format digital a l'ordinador (bé sigui al disc dur, a l'historial clínic del pacient, en bases de dades pròpies, etc.).<sup>1</sup>

La fotografia digital ens permet l'obtenció d'imatges clíniques (lesions dèrmiques, deformitats, proves complementàries...) per al seu ús assistencial. En aquest sentit, la sanitat pública actual, tot i les limitacions que té en algunes matèries, ens permet implementar aquesta tècnica en qualsevol consultori d'arreu

del territori.

## Quin aparellatge és necessari?

El material bàsic per a l'ús de la fotografia digital en la consulta es resumeix en:

1. Una càmera digital de gamma mitjana, que permeti l'obtenció d'imatges d'alta qualitat (1-3 milions de píxels), l'exposició a diferents combinacions de diafragma i velocitat d'obturació i la possibilitat d'ús de la modalitat macro. També hauria de permetre la realització de fotografies de forma automàtica, de tal manera que pogués ser utilitzada per personal no ensenyat en la realització de fotografies de qualitat. Parlant en termes econòmics, el seu preu en el mercat actual hauria d'oscil·lar entre els 400-1.000 euros. És l'única eina que en l'actualitat s'ha de procurar el propi professional (com ho faria amb el fonendoscopi, l'otoscopi, l'oftalmoscopi, etc.) i probablement, si en el futur s'implementen alguns dels projectes de telemedicina, és probable que en molts centres es pugui disposar d'aquest material.

2. Un ordinador amb un mínim de memòria RAM -256 MB-, *software* d'imatge de fàcil maneig amb possibilitat d'emmagatzemar els arxius en el disc dur, CD-ROM o unitats de memòria extraïbles. Per totes aquestes aplicacions seria útil que la torre de l'ordinador disposés de port USB (servirà per a la connexió de la càmera digital, les unitats de memòria, la gravadora externa, etc.)

3. Targetes d'emmagatzematge. N'hi ha de diferents capacitats, però és recomanable usar les de 32 o 64 MB com a mínim. Aconsellem disposar d'alguna de recanvi, degut a la gran quantitat d'informació que contenen els arxius d'imatge.

4. Coneixements mínims d'informàtica a nivell d'usuari, pel que fa referència al maneig d'arxius, maneig de *software* d'imatge, etc. Probablement, en els inicis caldrà invertir temps en el

maneig de la càmera, la transferència d'arxius, el retoc de la imatge, la reproducció, etc.

## Com s'ha d'utilitzar la càmera a la consulta?

Seria fonamental disposar d'una càmera al centre de treball, de manera que la tinguem a l'abast quan arribi un cas visualment interessant. Una foto es pot realitzar com es vulgui, però existeixen unes orientacions mínimes que poden garantir el resultat final. Inicialment, aconseguim exposar a obertura de diafragma el més tancada possible per tal d'augmentar la profunditat de camp; seguidament, cal adequar la velocitat d'obturació per l'obtenció d'una bona qualitat lluminosa. En l'obtenció d'imatges dermatològiques és imprescindible utilitzar el format macro per aconseguir un millor detall d'aproximació. En funció de la càmera es podrà jugar amb la sensibilitat, la llum ambiental i l'ús del flaix (preferentment circular) per optimitzar la lluminositat de l'exposició.

La fotografia digital en oftalmologia es redueix a l'obtenció d'imatges digitals que permeten, amb o sense dilatació pupil·lar prèvia, la captació del fons d'ull. Cal un tipus de càmera especial, anomenada de retina, i en condicions idònies en seria necessària una per a cada centre de salut.

La qualitat de les imatges obtingudes amb una càmera digital de gamma mitjana és suficient per a la realització d'un diagnòstic correcte en un elevat percentatge de casos.<sup>2</sup>

## Quin tipus d'imatges poden ser d'interès clínic?

1. Lesions dermatològiques (figura 1)

Les lesions de pell es poden fotografiar per diversos usos:

- Documentació en l'historial clínic del pacient: plaques, exantemes, úlceres, etc.

- Seguiment evolutiu:



Figura 3. fotografia d'imatge radiològica

lesions inespecífiques en el seu inici, creixement de nevus, aparició de noves plaques...

- Tele dermatologia: possibilitat de consulta via Internet amb altres professionals que ens orienti el diagnòstic i/o tractament de la lesió.

- Obtenció de material docent o científic per a comunicacions.

2. Proves diagnòstiques d'imatge

Aquí s'hi inclouen la realització de fotos d'imatges radiològiques (figura 2 i 3), TAC i RMN. Les aplicacions són les mateixes, però en aquest sentit són especialment interessants en la revaloració, el seguiment de lesions radiològiques i la teleradiologia. Quantes vegades ens hagués agradat tenir a la mà alguna radiografia prèvia del paci-

ent? A qui no li agradaria tenir l'opinió del radiòleg per segons quina placa?

3. Lesions físiques

En aquest aspecte són visualment impactants (figura 4) les deformitats de caire reumatològic (tumefaccions, luxacions, fractures...) que tindrien molta utilitat en el camp docent (figura 5).

4. Fons d'ull

Amb l'ús de les càmeres de retina es poden obtenir imatges de gran qualitat i, així, evitar-nos la dificultat tècnica de la realització del fons d'ull. En aquest sentit, s'avançaria molt en el cribatge i seguiment de la retinopatia diabètica i esclerohipertensiva, des- congestionant al mateix temps la consulta dels oftalmòlegs (figura 6).

PASSA A LA P. SEGÜENT



Figura 4. Deformitat de caràcter reumatològic



Figura 5. Deformitat de caràcter reumatològic



Figura 7. Fotografia per a comunicat de lesions

VE DE LA P. ANTERIOR

5. Documents  
Es poden fotografiar informes escrits però probablement se'n treu millor rendiment amb l'escaneig. Els documents que surten amb bona resolució són les tires de l'electrocardiografia. Els que puguin resultar d'interès (en funció de cada pacient) és útil guardar-los en l'històric informatitzat i, en cas de necessitat, es podria arribar a fer seguiment temporal i/o telecardiologia (avui en dia ja se'n realitza, però fent la transferència per altres canals, per exemple, per la via telefònica).

6. Imatges d'interès mèdic o col·legial  
L'obtenció d'imatges digitals de les lesions sospitoses de maltractaments i/o agressions poden complementar la informació descriptiva dels comunicats de lesions (figura 7).

Què es pot fer amb les imatges obtingudes?

Amb les fotografies digitals obtingudes a la consulta es pot:

1. Observar immediatament la imatge obtinguda, valorar la seva qualitat i plantejar la realització de noves fotografies en el mateix acte mèdic.
2. Mostrar la imatge i/o imprimir-la per entregar-la al propi pacient (amb l'avantatge afegit de poder ser valorades en qualsevol moment per nosaltres mateixos o per altres professionals)
3. Guardar la imatge en l'històric clínic informatitzat del pacient, assegurant així la seva conservació.
4. Revalorar les imatges emmagatzemades a la pantalla de l'ordinador en el moment que ho considerem necessari. Per aquest motiu, haurem d'utilitzar un programa de visualització d'imatges.
5. Comparar les imatges obtingudes amb altres estudis d'imatge que es realitzin en el mateix pacient, ja sigui en el passat o en el futur, ja sigui per nosaltres mateixos o per un altre professional motivat.



Figura 6. Imatge oftalmològica

Aquest apartat és especialment important en els camps mèdics comentats anteriorment.

6. Establir contacte amb la medicina especialitzada (teleradiologia, teledermatologia, teleoftalmologia, etc.) a través de la remesa d'arxius digitals per la xarxa (Intranet o Internet), evitant d'aquesta manera el desplaçament físic (de la prova complementària o del pacient, segons el cas). Així, la informació viatja de forma òptima entre els diferents nivells assistencials.<sup>3</sup>

7. Crear una base de dades, tant individual com poblacional, d'imatges digitals que poden tenir finalitats docents (sessions clíniques, discussió grupal d'imatges, etc.) i/o científiques (obtenció d'imatges d'elevada qualitat per a la publicació de pòsters, articles, revisions, etc.)

8. Evitar la duplicat de proves complementàries, que porta, en el cas de la radiologia, a una menor irradiació. D'aquesta manera, disminueix el treball dels professionals i, en definitiva, millora la despesa sanitària.

**David Riba Torrecillas**  
ABS La Pobla de Segur  
**Jorge Soler González**  
ABS de Balàfia-Pardinyes-Secà. Lleida  
**Antoni Rodríguez Rosich**  
ABS Balaguer

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Soler-González, J.; Riba Torrecillas, D.; Rodríguez-Rosich, A.; Ribera Pibernat, M. "Fotografia digital en atenció primària", *FMC*, 2003; 10: 536-43.
- 2.- Ribera, M.; Grimalt, R. "La fotografia digital: un encadre de futuro", *Piel*, 1998; 13: 373-5.
- 3.- Soler-González, J.; Riba Torrecillas, D.; Rodríguez-Rosich, A. "Aplicaciones de la tecnología digital en la medicina rural", *Semergen*. En prensa.

## Fòrum Barcelona 2004: la plaça, l'espai de rebuda i la veu de tots

Imagina't un espai de trobada obert durant 141 dies a la música, l'art, la dansa, el teatre, la gastronomia, l'espectacle i un llarg etcètera. Imagina't 14 hectàrees amb vistes sobre el mar. Imagina't un espai dedicat a la participació, la cooperació i la diversitat. Imagina't el mercat més gran del món. Imagina't poder gaudir d'una gran diversitat d'espectacles en un mateix espai. Imagina't que pots viure totes aquestes experiències del 9 de maig al 26 de setembre a la plaça del Fòrum Universal de les Cultures.

La Plaça és l'espai on es rep els visitants del Fòrum Barcelona 2004. Un espai amb una construcció efímera concebuda com a síntesi de les places i mercats del món, on seran presents les propostes relacionades amb les condicions de la pau, un dels tres eixos programàtics del Fòrum Universal de les Cultures. Un espai on no només es mostren els conflictes que porten a les crisis, sinó que també afavoreix una entesa, una mirada en comú, una recerca per aconseguir un mateix objectiu, un mateix crit a favor de la pau.

La configuració de la Plaça del Fòrum Barcelona 2004 es compon de diferents espais fixos i de propostes itinerants. El recorregut és ple de sorpreses que atrauran l'atenció dels visitants:

El Mercat de la Plaça, metàfora de la diversitat i l'intercanvi, s'erigirà amb un símbol per difondre el missatge "Tu pots ser sostenible aquí i ara mateix" per mitjà del consum responsable de productes respectuosos amb els recursos naturals i el comerç just. Les propostes i activitats que es presentaran tenen en comú la voluntat de compartir i de generar projectes entre la gent, els pobles i les cultures.

Associacions i ONG es reuniran a l'espai de la Haima, on es dialogarà entorn de les accions, les campanyes i les bones pràctiques empresarials que es presentin. Una iniciativa promoguda des de l'organització per oferir l'oportunitat de mostrar pràctiques que han tingut èxit i que han significat la millora del desenvolupament urbà a escala mundial, regional o local.

La Fira és l'espai on la societat civil serà l'autèntica protagonista. S'hi organitzaran diferents períodes amb activitats dedicades a les escoles, la pau, el treball, el turisme, la diversitat religiosa, els reptes del desenvolupament, els conflictes, la joventut, el voluntariat i l'oportunitat de mostrar les bones pràctiques municipals i empresarials. Seran espais itinerants relacionats pel que fa als continguts amb els debats i congressos internacionals del Centre de Convencions.

Dins d'aquest espai també podrem trobar una superfície lliure per a ús multidisciplinari, dos àmbits dissenyats per afavorir el diàleg i l'entesa. D'una banda, l'Speakers' Corner és una oportunitat perquè els convidats als debats i conferències dialoguin amb el públic. La versatilitat de l'escenari permet dur-hi a terme accions de diferents formats i s'ha calculat que té capacitat per a més de 150 persones assegudes al voltant de l'escenari. D'altra banda, els vehicles de la Fira, adaptats per funcionar com a estands, permeten desenvolupar demostracions, *campaigning*, accions solidàries, *performances* i taules rodones, entre d'altres.

A la Plaça s'instal·laran permanentment els Talismans del Món, un autèntic

PASSA A LA P. SEGÜENT



Fotografia dels equips premiats

## Premis de la beca Mutual Mèdica

Els premis de la beca Mutual Mèdica 2003, que es van atorgar amb motiu de la celebració del 83è aniversari de Mutual Mèdica, van ser els següents:

- Primer premi, dotat amb 9.000 € a l'equip d'investigadors que encapçalava la Dra. Àngels Piera Vives, de l'Àrea de Salut Pública i Consum, pel treball "Anàlisi Factorial de la Psicopatologia de l'Esquizofrènia".

Primer accésit, dotat amb 1.200 €, a la Dra. Yolanda García García, de la Fundació Parc Taulí de l'Institut Universitari de la UAB, pel treball "Caracterització del receptor del factor de crecimiento epi-

dérmico en los tumores colorectales. Utilidad pronóstica y terapéutica". Segon accésit, dotat amb 1.200 €, a la Dra. Patricia Alonso Fernández, de l'Hospital Clínico San Carlos de Madrid, pel treball "Estudio CYMAS".

A l'acte de lliurament de premis van assistir més d'un centenar de metges mutualistes, amb una representació de metges joves d'entorn al 60%, que posen de manifest l'interès i el grau d'impliació que tenen avui en dia els metges joves dins de la nostra societat i en fomentar la investigació i el desenvolupament de les noves tècniques en l'àmbit científic.

VE DE LA P. ANTERIOR

viatge a través del desig i les esperances de persones d'arreu del món. Un somni compartit que ocuparà una superfície de gairebé 5.000 metres quadrats. La instal·lació, dissenyada per Rajeev Sethi, viatjarà de l'Índia a vuit ciutats del món on els ciutadans de Sarajevo, Alger, Maputo, Isfahan, etc. es trobaran per penjar talismans en una gran xarxa per simbolitzar els desitjos col·lectius per a un món millor.

Demostracions de Cuina ens descobrirà l'elaboració dels millors plats a través de productes de comerç just i d'una alimentació sostenible. La mostra també comptarà amb demostracions culinàries de grans cuiners. La gastronomia no estarà sola a la Plaça, sinó que estarà amenitzada per la música.

La banda sonora l'oferirà Postals Sonores, que ens evocarà escenes sonores emblemàtiques i músiques del món, la millor manera de descobrir els autèntics sons de cada cultura. Si parlem d'elements comuns, com ara la gastronomia i la música, no podem oblidar l'aigua, gran protagonista no només de la Plaça sinó de tot el Recinte Fòrum.

L'Aigua et parla ens explicarà com evitar-ne el malbaratament i els conflictes i epidèmies que se'n poden derivar d'un mal ús. Les solucions per protegir aquest bé tan preuat estaran a l'abast de tots els visitants, igual que la capacitat de moure l'aigua per on vulguin les nostres mans a través d'un joc molt interessant.

Els Cubs de les Bones Idees transmetran visualment els conceptes que es desenvolupen a les exposicions de la Haima, els tallers del Port o els jocs i les botigues que es troben en el Recinte Fòrum. Una composició d'imatge i colors d'allò més il·lustrativa.

Per no perdre detall de la jornada, una Pantalla Gegant recollirà els millors moments del dia de tot el territori: des de la Plaça,



Lloc de celebració del Fòrum de Barcelona 2004

L'Edifici Fòrum, el Centre de Convencions (on es celebraran congressos i debats), el Parc dels Auditoris (on es mostraran tot tipus de concerts i espectacles), el Port (on es podrà gaudir dels millors moments de la inauguració i clausura) i el Parc de la Pau fins a l'Illa Pangea (on només si podrà accedir nedant).

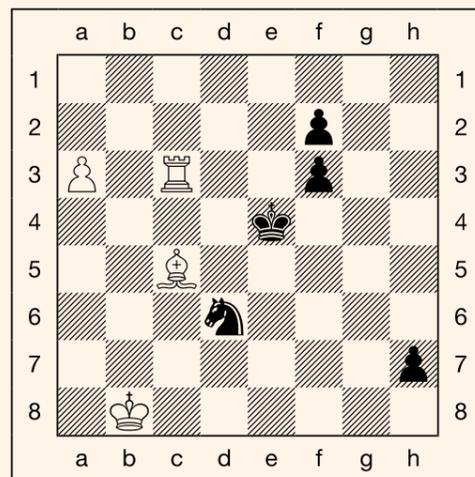
La Plaça, l'espai d'acollida

da dels visitants, concentra la màgia i la voluntat d'establir el diàleg a partir dels tres eixos del Fòrum: diversitat cultural, condicions de la pau i desenvolupament sostenible. La Plaça donarà la benvinguda als assistents i els guiarà durant el trajecte a través dels escenaris que configuren el Recinte Fòrum. Vine a visitar-la i descobreix les veus del món.

PROBLEMA D'ESCACS

Tema: Finals artístics

Blanques juguen i guanyen



SOLUCIONS

Solució: 1.Ad5! - Rxd5 2.Tc1 - Cxc1 3.a7 - h1=D 4.a8=D+ ! es guanya ràpid.

Moviment col·legial

**Altes**  
Isabel Maria Pino Moreno  
M. Gladys Bulla de Espinosa  
Mònica Sanmartí García  
Silvia Marina Lara Alcón  
Juan José Pescador  
Gretehel Pérez Clavijo  
Emilio José Martínez Corral  
Meritxell Calderó Solé  
Andreina M. Padrón  
Fuschino  
Jamed Magib Hage

**Baixes**  
Mes de gener: 1  
Mes de febrer: 4  
Entre les baixes del mes de febrer figura la defunció del Dr. Josep Lluís Ferrer Ribalaiga.

**Canvis de situació**  
Passen a col·legiats honorífics els següents doctors:  
Guillermo Aresté Batlle  
José Luis Minguillón Galindo  
Josep Maria Mirats Marsiñach

Curs de Medicina Natural a Lleida

La secció de metges acupuntors, homeòpates i naturistes del Col·legi de Metges de Lleida i la Facultat de Medicina de la UdL organitzen un curs de 20 hores sobre medicina natural. El Consell Català de Formació Continuada reconeix 2,1 crèdits als llicenciats en medicina que participen en aquest curs i la UdL en reconeix 2 als estudiants de segon cicle de medicina.

El curs, que dirigeix el Dr. Antoni Tribó, tindrà lloc del 19 d'abril al 4 de maig d'enguany, de dilluns a dijous, de les 15 a les 17 hores, a la unitat docent de l'Hospital de Santa Maria. La matriculació finalitza el proper 16 d'abril i les places són limitades.

Més informació a través del telèfon 973 270 811 o a l'adreça electrònica: [comll@comll.es](mailto:comll@comll.es)



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

- Liure 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  
Val·calent, 1-2<sup>a</sup> edif. Trading-Balmes  
Tel.: 973 26 92 11

adeslas  
ASSEGURANCES DE SALUT





canvi per naturalesa

nova imatge, nous serveis, més protecció per als metges.



**MutualMèdica**



COL-LABORACIÓ PER NATURALESA AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216

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

[infomutual@mmcb.es](mailto:infomutual@mmcb.es)