

BUTLLETÍ mèdic

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm. 49 · Novembre del 2004



**Creu de Sant
Jordi per al COMML**





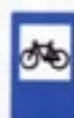
L'orientació perfecta cap a la seva jubilació



TRANQUIL·LITAT...
Si els subscriu veurà el futur sense problemes. Perquè sabrà que haurà escollit **el millor camí cap a la seva jubilació** tal com desitja.



ORIENTACIÓ...
Atun's i assaboreix com en pot ser, de refrescant, poder desgravar les seves despeses fiscals **reduint la seva base imposable de l'IRPF fins a un 45 %**.



FLEXIBILITAT...
Triï la fórmula que millor s'adapti a **vosté i a la seva inversió**. Decideixi les quantitats i el moment d'invertir, segons el límit màxim d'aportacions. La seva **adaptabilitat** adequa la inversió en funció dels mercats.



RENDIBILITAT...
Avalats per **15 anys de rendibilitats elevades i un patrimoni de 28 milions d'euros**, i per la supervisió permanent d'una **Comissió de control integrada per metges**.

Número 49, novembre 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, SL
Disseny i maquetació: Baldo Corderroure
Correcció: Dolors Pont
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 €
Preu total insercions:	2.404,06 €
OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €
OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions:	901,50 €

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

Solidaritat i metges joves

El Col·legi de Metges de Lleida lliurarà el 2 de desembre el IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis. L'associació va participar en el premi amb un projecte de salut al municipi de Tara (Índia). La solidaritat, probablement, és l'únic sentiment universal que és igual en totes les races, religions i cultures i, per això, ja n'hem parlat en anteriors editorials.

Però, tot just fa un mes ha començat un nou curs de Medicina a la Universitat de Lleida. Els joves estudiants de 18 anys passaran 6 anys a la facultat, 1 o 2 per aprovar el MIR i després 4 o 5 anys de formació als hospitals. Ells treballaran més de 37 hores setmanals i faran més guàrdies de les que són necessàries per a la seva formació als centres hospitalaris. Aquests joves, quan tinguin prop de 30 anys, enviaran un currículum amb la pretensió de trobar una feina digna i, probablement, aconseguiran un treball precari amb tota la pressió del món i sempre amb una espasa de Damocles damunt dels seus caps.

No cal anar a l'Àfrica o a l'Índia per portar gravada a la pell la paraula solidaritat: el valor dels joves metges no se suposa, el tenen. Tal vegada, el Premi a la Solidaritat de properes convocatòries podria atorgar-se *ex aequo* a totes les generacions de metges passades, presents i futures.



sumari

Creu de Sant Jordi per al COML

La distinció és un reconeixement a l'esforç i la dedicació de tots els metges i metgesses que des de fa més de 100 anys treballen a Lleida.

PÀGINA 5

Perspectiva de l'Arnau de Vilanova

Rafel Ballús, director gerent de l'HUAV

PÀGINA 6





Vives al mèrit docent al Dr. Josep Manel Casanova Seuma

La Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida ha aconseguit, per segon any consecutiu, la distinció Jaume Vicens Vives al mèrit docent, aquest any a títol individual en la persona del professor Dr. Josep Manel Casanova Seuma. El govern de la Generalitat, a proposta del DURSI, ha atorgat l'esmentada distinció al Dr. Casanova, en reconeixement a la seva trajectòria professional en la innovació docent en l'àmbit de la dermatologia, especialment en l'estructuració d'aquests ensenyaments mitjançant casos clínics demostratius i per l'elaboració de material didàctic innovador.

El Dr. Casanova ha estat treballant des del curs 1997-98 en l'estructuració de l'ensenyament de la dermatologia mitjançant casos clínics demostratius i en l'elaboració de material didàctic innovador recollit i editat en un CD, inicialment, i posteriorment en l'elaboració d'una pàgina web com a eina de suport a la docència. Fruit d'aquest treball ha estat la publicació del material elaborat i dels resultats en revistes i comunicacions a congressos relacionats amb la docència de la medicina.

Així mateix, el Dr. Casanova va obtenir prèviament una beca del Servei d'Ajuts del DURSI i una altra del Vicerectorat de Docència per a projectes d'innovació docent.

En nom de l'equip deganal i de la nostra Facultat de Medicina vull felicitar el Dr. Casanova i agrair-li l'esforç continuat que ha dedicat al llarg dels últims anys al perfeccionament de l'ensenyament de la medicina.

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

Concert de lliurament del Premi del COML a la Solidaritat

L'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis guanya l'edició d'enguany

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML) organitza l'acte públic de lliurament del IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari, que ha atorgat enguany a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis (ADA). L'entrega del premi tindrà lloc el proper dia 2 de desembre, a les 21 hores, prèviament a l'inici d'un concert que presidirà la consellera de Salut, Marina Geli, a l'Auditori Municipal de Música de Lleida.

L'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis va presentar un projecte de formació de monitors de salut a Pavel (Índia). ADA, que actua a través de l'ONG índia Janhit Vikas Trust, es va constituir l'any 2001 per donar suport al jesuïta Federico Sopena, que des de fa 55 anys treballa amb els adivasis. Aquesta tribu, formada per uns 70 milions de persones, està considerada socialment per sota de la

casta més baixa i els seus membres viuen per sota del llindar de pobresa.

El Premi a la Solidaritat del COML, que té caràcter anual, està dotat amb 6.000 €. En l'edició d'enguany van quedar finalistes els projectes de l'Associació Catalana d'Amics del Poble Saharàui, d'Intermón Oxfam i de Medicus Mundi.

Programa del concert

El concert anirà a càrrec de l'Orquestra Simfònica Julià Carbonell de les Terres de Lleida, que serà dirigida per Alfons Reverté. L'orquestra oferirà al públic el següent programa:

Primera part
Simfonia num. 5 en si Major K 22, de Wolfgang Amadeus Mozart

Goyescas. Intermezzo d'Enric Granados

Segona part
La oración del torero, de Joaquín Turina
Tuttifantchen. Suite de Paul Hindemith



Casament d'un membre de les tribus adivasis

Creu de Sant Jordi per al COML

La Generalitat de Catalunya lliurarà el proper desembre la Creu de Sant Jordi al Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML). La distinció ens il·lusiona i ens satisfà, perquè significa un reconeixement públic a l'esforç i la dedicació de tots els metges i metgesses que des de fa 100 anys han treballat i treballen per mitigar el dolor connatural a la malaltia i per guarir la ciutadania de Lleida. I en aquest servei a la comunitat, els membres del Col·legi han engrandit, a més, la professió.

Des del seu naixement, el COML defensa que el món de la medicina de Lleida, com tots els petits mons desenvolupats a l'entorn d'una professió, ha de vincular-se estretament amb els ciutadans. Ells han de ser l'eix sobre el qual girin les accions professionals amb una aposta clara i ferma per la qualitat.

Metges i metgesses evidenciem amb facilitat les conseqüències de la nostra feina per mitjà de la satisfacció o insatisfacció dels usuaris. I ens resulta complex, però a l'hora fascinant, ser mereixedors de la confiança que els ciutadans i ciutadanes dipositen en nosaltres. Una confiança que ens obliga a donar respostes a la curació de tota classe de malalties i a cercar noves fórmules per fomentar actituds saludables de prevenció i promoció de la salut.



L'atorgament de la Creu de Sant Jordi és un reconeixement que hem d'entendre mirant enrere, però que l'hem de viure mirant endavant. Perquè cal seguir treballant per millorar dia a dia la nostra eficàcia amb l'objectiu de beneficiar la ciutadania de

les nostres terres. Ho afirmo des del convenciment que només aquest servei als ciutadans de Lleida dóna sentit a la distinció que la Generalitat ens ha atorgat.

Dr. Xavier Rodamilans de la O
President del COML

Acords de la junta de govern del COML

La junta de govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COML) ha adoptat els acords i tractat els temes, entre d'altres, que a continuació es detallen en les sessions ordinàries dels passats mesos d'octubre i novembre.

Concessió dels Premis a l'Excel·lència Professional promoguts pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Han estat concedits als següents col·legiats:

Assistència sanitària (atenció hospitalària): Dr. Josep Manuel Porcel Pérez.

Assistència sanitària (atenció primària): Dr. Ramon Soriano de la Rosa.

- Assistència sanitària (altres àmbits): Dra. Maria Nabal Vicuña.

- Recerca biomèdica: Dra. Anna Maria Aragonés Eroles.

- Educació mèdica: Dr. Jaume Mor Sancho.

- Humanitats mèdiques: Dr. Francesc Domingo Salvany.

El lliurament dels premis es durà a terme durant la celebració dels actes del Congrés de la Profesió Mèdica.

Celebració de l'acte de lliurament del IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'Associació per al Desenvolupament dels Adivasis.

L'acte tindrà lloc el proper dia 2 de desembre, a les 21 hores, a l'Auditori Municipal Enric Granados de Lleida. El lliurament del premi finalitzarà amb un concert a càrrec de l'Orquestra Julià Carbonell de les Terres de Lleida.

Eleccions a la junta de govern de la secció col·legial de metges oftalmòlegs.

Han estat elegits els següents col·legiats:

· President: Dr. Fernando Celada Escanilla.

· Secretari: Dr. Joan Ramon Roca Cortés.

· Tresorera: Dra. Nieves Rosa del Agua López.

· Vocals: Dr. Antoni Montserrat Garcia i Dr. Valentín Huerva Escanilla.

Tancament de la borsa per cobrir interinitats d'APD després del procés de renovació.

Moviment de col·legiats

Altes

Cristina Perucho Pont
Manuel Sarmiento Cruz
Pere Nogués Bara
Ahmad Nizar Hachem
Alberto Horacio Serrano
Samantha de Alencar
Adamy
Emili Albert Lladós Vallory
Viviana Eleonor Vaioli
Mónica Susana Torres
Salvador Díaz-Aja López

Baixes

Mes de setembre: 8
Mes d'octubre: 2
Entre les baixes figura la defunció de José Fernández-Velilla Herce.

Canvis de situació

Passen a col·legiats honorífics: Joaquim Abio Gorrita i Josep Coca Balagueró

Perspectiva de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Algú va escriure que la feina dels directius es podia resumir en tres paraules: simplificar, orientar i comprometre. Si hi ha alguna realitat complexa és la d'un hospital. I com més gran, més. L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova és un bon exemple d'aquesta complexitat per diversos motius:

- La diversitat de la demanda que generen no solament les patologies, sinó també la procedència sociocultural dels ciutadans.
- L'estructura de la plantilla, prou reduïda en alguns casos i amb una gran diversitat de professionals, de maneres de pensar i d'interessos personals.
- Una situació d'espais i recursos que va del més nou, per exemple, el laboratori de recerca, al més vell (m'estimo més no triar exemples).

Ras i curt: com tants hospitals, l'Arnau és un enorme organisme amb tendència al caos.

Simplificar

Podem simplificar més les coses posant-nos d'acord la majoria de treballadors de l'Hospital en alguns criteris bàsics. També farem les coses més senzilles si compartim els valors del respecte, la qualitat i l'austeritat.

Respecte, en primer lloc, als usuaris, un per un, amb els seus problemes i també amb la seva dignitat. Respecte als companys, ja que en un hospital el treball és sempre en equip i cap procés assistencial comença i acaba en una sola persona, sinó que és fonamental col·laborar facilitant la feina als altres, en benefici del benestar dels pacients i de les seves famílies i en benefici, també, del prestigi de l'Hospital.

La qualitat, entesa com el gust per la feina ben feta, implica ser responsables i preocupar-nos per mantenir els nostres coneixements al dia.

Finalment, l'austeritat. Cal saber

que la comunitat paga a través dels impostos cada instrument que usem, cada tractament que prescrivim i també cada hora del nostre treball. I com que els recursos són limitats, el recurs que no aprofitem d'una banda perjudica l'altra.

Orientar

Pel que fa a la segona paraula clau, ordenar, volem que l'Arnau sigui un punt de referència entre els hospitals de característiques semblants per la qualitat de l'assistència, la docència i la recerca i, molt especialment, pel tracte excel·lent als seus usuaris. Aquest plantejament, sens dubte ambiciós, el drem a terme planificant millor les actuacions, duent-les a terme amb la màxima eficàcia possible, fent-ne un seguiment acurat, avaluant-les i, sempre que calgui, rectificat els errors i introduint nous planejaments de millora. A partir del Pla Estratègic, aprovat l'octubre del 2003, l'equip de direcció de l'Hospital ha definit els quatre grans objectius per al 2007:

1- Atenció als usuaris: ser un dels millors hospitals de Catalunya i acreditar-ho amb mitjans que permetin comparació (enquestes de satisfacció, ràtios de qualitat clínica, de temps de resolució, etc.).

2- Model de qualitat: centrar les actuacions en la millora contínua dels processos i contrastar-les en successives avaluacions d'acord amb el Model Europeu d'Excel·lència (EFQM).

3- Formació continuada: desenvolupar un programa perquè les persones que treballen a l'Hospital disposin del grau de coneixements i tecnologia necessaris per assolir l'objectiu 1.

4- Estat de comptes: assolir, com a mínim, l'equilibri pressupostari i resultats positius en termes de comptes de resultats.

Els plans de qualitat anuals desenvoluparan aquests objectius

estratègics. Aquests plans consideren una sèrie de projectes i actuacions de millora, alguns dels quals ja estan en curs. Així, i pel que fa a un dels punts crítics de l'Hospital, Urgències, ja hi ha un grup pluridisciplinari de professionals que treballa en un projecte de millora dels aspectes organitzatius i de qualitat. A part, també avança el projecte d'ampliació de l'espai físic d'Urgències, atès que ja està elaborat el pla funcional, hi ha un avantprojecte de construcció i el projecte definitiu i l'adjudicació de les obres està previst que es duguin a terme el 2005. També, en aquest mateix àmbit, s'inaugurarà d'aquí a poques setmanes la nova Unitat de Curta Estada, que amb 28 nous llits donarà suport a Urgències en els moments de saturació.

Un altre grup pluridisciplinari treballa en la reorganització de les

consultes externes per fer-les més accessibles als usuaris, facilitar el treball dels professionals i millorar la col·laboració amb l'atenció primària. Així mateix, s'elaboraran projectes de millora de les àrees d'Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Oncologia i CMA, entre altres no estrictament assistencials que estan relacionades amb l'atenció als usuaris i amb la millora del confort de les instal·lacions.

En alguns casos, desenvolupar aquests projectes implicarà augments de plantilla i/o inversions molt importants, com la instal·lació –per fil– de l'accelerador lineal o la renovació d'aparells de diagnòstic per la imatge. Avança també el projecte de nova cuina, que sortirà a licitació probablement a principis d'any, i el de construcció d'un nou pàrquing soterrat i la urbanització del solar que actualment ocupa. No són

exhaustiu. Hi ha molta feina i, espero, molta gent amb ganes de fer-la.

Comprometre

I aquí entrem en el tercer punt, el compromís. Òbviament, cal la col·laboració activa dels treballadors i treballadores de l'Hospital i també la complicitat i el suport de moltes persones i institucions de l'entorn per tirar endavant amb èxit tots aquests objectius.

L'Hospital necessita la complicitat i el suport de les autoritats sanitàries, Departament de Salut, Servei Català de la Salut i ICS; de la Universitat de Lleida, amb la qual treballem conjuntament a través d'una comissió mixta per desenvolupar la millora de la docència dels professionals sanitaris i amb la qual recentment hem signat un acord per a la

creació de l'Institut de Recerca; de les empreses que col·laboren amb nosaltres en la prestació de diversos serveis, i del Col·legi de Metges, per descomptat, en diversos àmbits, directament o indirectament, ja que cal la participació molt activa dels metges per portar a la pràctica molts dels projectes de millora.

De fet, un dels projectes importants per desenvolupar és implantar la Gestió per Processos en el conjunt de l'Hospital i en els processos assistencials, tot utilitzant com a referent el model de medicina basada en l'evidència.

Per tant, demano ja des d'ara –i l'ofereixo, naturalment– la més àmplia i cordial col·laboració.

Rafel Ballús
Director gerent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova



Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma en Lleida

'Butlletí Mèdic' publica un resum de la tesi doctoral de la Dra. Marta Ortega i Bravo.

Tesi dirigida pel Dr. J. M. Casanova i Seuma, professor de la Facultat de Medicina de la UdL, i per la Dra. C. Serna Arnaiz, directora de la SAP Pla d'Urgell, Noguera, Segarra, Urgell

El cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) es el tumor maligno más frecuente en individuos de raza blanca en Europa, Norteamérica y Australia. La mayoría de expertos consideran que la exposición a la luz solar es el factor etiológico más importante en el desarrollo de estos tumores¹⁻³.

Los cambios en el estilo de vida que ha comportado la sociedad del bienestar, consistentes en la realización de actividades de ocio al aire libre como sinónimo de salud, han conducido invariablemente a un aumento de la exposición a la radiación UV y con ello a un incremento significativo de la incidencia de CCNM. Este incremento ha originado un creciente interés en el estudio de la epidemiología y de los factores de riesgo de estos tumores.

En nuestro país sólo hemos encontrado tres estudios sobre la incidencia de cáncer de piel. El primero, de 1989, reveló que la incidencia de CCNM en España era de 55,4/100.000/año⁴. El segundo, de 2000, basado en el registro de tumores de la provincia de Granada, puso de manifiesto que el cáncer de piel, también en nuestro país, es el más frecuente de todos los tumores. La incidencia del mismo era de 72/100.000 en el varón y de 54,7/100.000 en la mujer⁵. El más

reciente, publicado en enero de este año, está basado en los registros del Hospital de Soria. Según este estudio, la incidencia de carcinoma basocelular en España es de 148,27/100.000 y la de carcinoma espinocelular es de 58,24/100.000⁶.

Las cifras obtenidas en dichos estudios probablemente están infravaloradas, dado que el cáncer de piel presenta peculiaridades que hacen que su registro sea más difícil que en otros tipos de cáncer⁷, ya que aparecen en personas de edad avanzada y produce escasa sintomatología, por lo que en ocasiones el paciente fallece sin haber consultado. Por otra parte, si es atendido en un ambiente extrahospitalario, puede ser tratado mediante electrobisturí sin que se realice estudio histológico y no quede constancia del mismo. A pesar de su morbilidad, la mortalidad por el mismo es baja y no suele constar en los certificados de defunción. Todo ello impide la localización completa de los casos y se acepta implícitamente que existe siempre un subregistro de los mismos.

Desde 1998, en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Arnau de Villanova se realiza de forma sistemática la codificación de los diagnósticos de todos los pacientes visita-

dos. Ello nos permitió detectar que las consultas por CCNM representaban cerca del 10% del total de visitas. Tuvimos la impresión de que la prevalencia del mismo en nuestro medio podía ser mayor que en otras áreas.

Tampoco conocemos con exactitud el fototipo de piel (tabla I) sobre el que se desarrolla el cáncer de piel en nuestro medio. La mayoría de estos estudios se han realizado en países anglosajones donde predominan los individuos con fototipos I y II. Existen muy pocos estudios epidemiológicos sobre carcinoma cutáneo en el área mediterránea, donde predominan los fototipos III y IV y existe un tipo de insolación diferente. Sólo hemos encontrado uno, realizado en Turquía, donde el CCNM fue más frecuente entre pacientes con fototipo III⁸. Se desconoce si en este caso los factores de riesgo son los mismos que los que influyen en pacientes de piel más clara.

Objetivos del estudio

Por todo ello nos propusimos determinar la prevalencia del cáncer cutáneo en nuestro medio y ver si tiene relación con determinados factores de riesgo como el fototipo (en nuestro país predominan los individuos con fototipos III y IV), el color de los ojos o del pelo, la edad, determinadas profesiones y actividades lúdicas al aire libre, el número de quemaduras solares, la residencia en un área soleada, el número de horas de insolación acumuladas o la exposición a radiación ionizante u otras sustancias cancerígenas.

Otro aspecto que nos pareció interesante era determinar el grado de información que poseen los habitantes de nuestro entorno sobre el papel de la radiación ultravioleta en la carcinogénesis cutánea y el conocimiento de las conductas saludables para reducir dicha exposición, con el fin de evaluar la necesidad de realizar campañas de prevención primaria o secundaria.

Finalmente, nos propusimos detectar si la población estudiada utilizaba correctamente los filtros solares con la finalidad de incidir, si fuese necesario, sobre los hábitos de conducta.

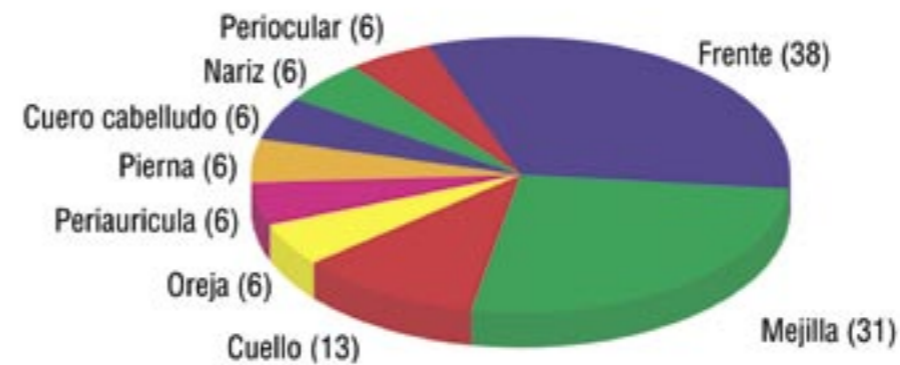


Figura 1. Localización del carcinoma basocelular



Figura 2. Localización del carcinoma espinocelular

Material y métodos

Para determinar la prevalencia de cáncer cutáneo se realizó un estudio poblacional descriptivo transversal. Se escogió una muestra al azar entre los individuos mayores de 50 años a partir de los datos del censo del Ayuntamiento de Lleida y del ICS. Se envió una carta por correo invitando a participar en el mismo a 2.500 individuos, de los que acudieron a revisión un total de 871. A todos ellos se les realizó una encuesta sanitaria estándar y una exploración cutánea detallada. Los pacientes que presentaban alguna lesión sospechosa fueron derivados a la consulta de Dermatología para su confirmación clinicohistológica. Para determinar si existía relación entre cáncer cutáneo y los factores de ries-

◆ El cáncer de piel es el más frecuente en nuestro país

go mencionados, se realizó en una segunda fase un estudio de casos y control anidado en una cohorte. En el mismo se incluyeron un total de 923 pacientes, ya que a los 871 anteriores se añadieron 52 pacientes diagnosticados previamente de CCNM que

acudían a las consultas de Dermatología del HUAV para control, y se les realizó la misma encuesta sanitaria.

Resultados

Según los datos del estudio descriptivo, entre los individuos de más de 50 años, la prevalencia de carcinoma basocelular en nuestro medio es del 1,83% (IC 95%: 0,94-2,72); la de carcinoma espinocelular es del 0,34% (IC 95%: 0 - 0,66), y la de las queratosis actínicas es del 9,4% (IC 95%: 7,5-11,38). Cerca del 90% de los individuos de la muestra tienen fototipos III y IV y sólo un 10% tienen fototipo II. Más del 90% de los encuestados tenían el pelo de color oscuro.

Del estudio analítico queremos destacar que hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre carcinoma basocelular y fototipo II ($p < 0,001$). Los individuos con fototipo II tienen un mayor riesgo de desarrollar un CBC que los de fototipo III y IV, con una odds ratio (OR) de 1,91 (IC: 95%: 0,99-3,7). También hemos encontrado correlación entre carcinoma basocelular y tener el pelo claro. Los pacientes con pelo claro tienen un mayor riesgo de padecer un carcinoma basocelular que los individuos de pelo oscuro, con una OR 2,3 (IC 95%: 1,12-5,1). Lo mismo sucede con los signos de fotoenvejecimiento cutáneo. Los pacientes que los presentan tienen un mayor riesgo de presentar un carcinoma basocelular, con una OR 2,37 (IC 95%: 1,4-4,009).

Un resultado paradójico de nuestro estudio es que existe un riesgo mayor de sufrir un carcinoma basocelular entre los pacientes que utilizan de forma correcta el fotoprotector, con una OR 1,42 (IC 95%: 0,73-2,75). Esta paradoja podría explicarse por la falsa sensación de seguridad que otorgan los fotoprotectores, ya que permiten una exposición solar mucho más prolongada y repetida. Ahora bien, lo más probable es que los pacientes con fototipos de piel clara I y II son los que se queman más fácilmente y, por tanto, son los más concienciados en el uso frecuente de fotoprotectores, aunque quizá no realizan conductas

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

Diferentes imágenes de carcinomas en distintas localizaciones. El incremento del cáncer cutáneo no melanoma ha originado un creciente interés en el estudio de la epidemiología y de los factores de riesgo de estos tumores.



de fotoprotección-fotoevitación suficientes para no desarrollar un CCNM.

Casi todos los carcinomas cutáneos se localizaron en las zonas fotoexpuestas de la cara (más del 80% de los carcinomas basocelulares y el 100% de los espinocelulares) (fig. 1 y 2). La localización del CEC, del CBC y de las queratosis actínicas en dichas áreas apoya el papel carcinógeno de la radiación UV del sol sobre la piel, si bien modulado por el grado de pigmentación cutánea del individuo.

Respecto a la quemaduras solares, sólo un 21,7% de los encuestados referían no haberse quemado nunca. El resto, cerca del 80%, se habían quemado varias veces a lo largo de su vida. Estos resultados, probablemente, estén infravalorados, ya que no suele coincidir lo que la población entiende como quemadura solar y la definición dermatológica, que se refiere al eritema solar. La población únicamente interpreta como quemadura aquella que produce un intenso dolor y aparecen ampollas. Otro factor distorsionador es el frecuente olvido de muchas de las quemaduras sufridas, en especial durante la infancia.

Respecto al fotoprotector, hemos considerado que se hace un uso correcto del mismo cuando se aplica la cantidad adecuada de un filtro solar tóxico con un FPS del número 15 o superior, 30 minutos antes de la exposición solar y se reaplica cada 2 o 3 horas y tras el baño. Es de destacar que en nuestra serie solo un 14,6% de los individuos encuestados usaban de manera correcta el fotoprotector. Esta cifra está muy lejos de la de Australia, donde el 74% de la población usa actualmente el fotoprotector de manera regular y correcta⁹. Esta diferencia tan importante entre ambos países es debida a que los australianos están especialmente concienciados sobre el uso de fotoprotectores tras las campañas educativas de prevención primaria, que se pusieron en marcha hace 20 años como resultado de múltiples estudios epidemiológicos que revelaban la alta incidencia de cáncer

Tabla I. Fototipos. Clasificación de Fitzpatrick

I	Nunca se broncea, siempre se quema.
II	Siempre se quema, en ocasiones se broncea mínimamente.
III	Siempre se broncea, en ocasiones se quema.
IV	Siempre se broncea, nunca se quema.
V	Pacientes de piel morena constitucionalmente (hindúes, árabes, originarios del sudeste asiático).
VI	Pacientes de raza negra.

Nota: quemadura equivale a eritema solar sin fotoprotector en un día soleado.

◆ **La población interpreta como quemadura sólo aquella que produce dolor y ampollas**

◆ **Urgen campañas sanitarias sobre el riesgo a la exposición solar**

de piel en dicho país.

Conclusiones

La prevalencia de CCNM en nuestro medio es la más elevada de todos los tumores malignos. A pesar de que en la población de la muestra predomina el fototipo III, los individuos con fototipo II y pelo claro tienen más riesgo de desarrollar un cáncer de piel.

La utilización correcta de fotoprotectores es muy baja entre los pacientes encuestados, ya que únicamente

son empleados regularmente por un 14,6% de los mismos, a una enorme distancia de lo que se usan en países como Australia, donde son empleados por el 74% de la población.

Finalmente, comentar que debido a la elevada prevalencia y al incremento continuado del CCNM en nuestro medio, es preciso emprender campañas de educación sanitaria. La prevención y el manejo del mismo se ha de considerar un problema de relevancia en salud pública. La reducción del grosor de la capa de ozono, que está dando lugar a un incremento en la cantidad de radiación UVB que alcanza la superficie de la Tierra, junto con el aumento de la exposición solar de la población debido especialmente a las actividades de ocio, originará un incremento del mismo todavía mayor en los próximos años. Es preciso educar a la población sobre los factores de riesgo para el CCNM, mediante campañas sanitarias dirigidas a cambiar la conducta respecto a la exposición solar, que deben ser reforzadas en la propia consulta. Las campañas deben dirigirse especialmente a las poblaciones de riesgo (pacientes de piel clara y aquellos que tienen antecedentes familiares de CCNM) y muy especialmente a los niños y los adolescentes. Además, se debe incrementar en nuestro país el uso regular de fotoprotectores e invertir la creencia popular de que el bronceado es salud, incentivando las conductas de fotoevitación.

Bibliografía

1. Scotto, J.; Fears, T.R.; Fraumeni, J.F. "Incidence of non melanoma skin cancer in the United States. Bethesda, National Cancer Institute", *NIH Publication*, 1983; 82-2433.4.
 2. Giles, G.C.; Marks, R.; Foley, P. "Incidence of non-melanocytic skin cancer treated in Australia". *BMJ*, 1988; 296:13-17.
 3. Levi, F.; La Vecchia, C.; Te V-C, et al. "Descriptive epidemiology of skin cancer in the Swiss Canton of Vaud". *Int J Cancer*, 1988;42:811-816.
 4. Montero, F.J.; Muñoz, M.; Calvo-Rubio, M.; Fernández, J.C. "Importancia del cáncer cutáneo (no-melanoma): un estudio de 89 casos". *Aten Primaria*, 1989; 6:660-4.
 5. Buendía, A.; Rodríguez, M.; Sánchez, M.J.; Ortega, R.; Serrano, S.; Martínez, C. "El cáncer de piel en la provincia de Granada". *Actas Dermosifiliog*, 2000; 91:435-41.
 6. Revenga, F.; Paricio, J.F.; Mar Vázquez, M.; Del Villar, V. "Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey". *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2004; 18:137-41.
 7. Marks, R. "An overview of skin cancers". *Cancer*, 1995;75:607-612.
 8. Ceylan, C.; Oztürk, G.;

Alper, S. "Non-melanoma skin cancers between the years of 1990 and 1999 in Izmir, Turkey: demographic and clinicopathological characteristics". *J Dermatol*, 2003; 30:123-131.
 9. Martin, R.H. Relationship between risk factors, knowledge and preventative behaviour relevant to skin cancer in general practice patients in South Australia. *Br J Gen Pract*1995;45:365-367.



Las nuevas tecnologías permiten alternativas para el tratamiento de los pacientes con litiasis urinaria

Litotricia extracorpórea: ondas acústicas

Dr. Josep Ricard Recasens Guinjuan · *Uròleg de l'HSM*

La litotricia extracorpórea es una técnica de destrucción de los cálculos renales y de la vía urinaria que se viene aplicando desde hace más de 20 años. En la actualidad, constituye la alternativa con la que se tratan más

del 90% de los pacientes, con litiasis urinaria, que requieren de tratamiento quirúrgico.

Corresponde a una forma de fragmentación de los cálculos, no invasiva, en que por medio de ondas acústicas

supersónicas pulsadas determinan presiones entre 500 y 1.500 bar y al focalizarlas en el cálculo lo quebrantan por su falta de elasticidad. Los fragmentos son eliminados espontáneamente por la vía urinaria.

En 1966 se descubrió, por azar, la transmisión de las ondas de choque por el cuerpo humano durante los trabajos experimentales realizados en la compañía aerospacial Dornier cuando al tocar un ingeniero una cartulina de uso diario en el mismo momento en que recibía un impacto de un proyectil sintió una especie de shock eléctrico, pero sin evidencia alguna de fenómenos eléctricos reales.

En 1971 se consiguió la primera desintegración *in vitro* de cálculos renales mediante ondas de choque. Entre 1972 y 1974 se realizaron investiga-

PASSA A LA PÁGINA SEGÜENT

VE DE LA PÁGINA ANTERIOR

ciones sobre la desintegración de los cálculos renales por ondas de choque producidas mediante la descarga de un electrodo bajo el agua y enfocadas con la ayuda de un semielipsoide.

En el Departamento de Urología de la Universidad de Munich, el 7 de febrero de 1980, el profesor Chassy trató al primer paciente con un cálculo renal mediante la litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL). Dos años después se inauguró en dicho centro la primera unidad de ESWL.

Los aparatos de litotricia se distinguen por la forma en que generan esta energía:

- Liptotritores electrohidráulicos
- Liptotritores electromagnéticos
- Liptotritores piezoeléctricos
- Liptotritores electroconductivos

Los equipos de litotricia localizan y focalizan el cálculo a fragmentar mediante la utilización de técnicas ecográficas, radiológicas o de ambas a la vez.

Además, debe de haber un sistema de acoplamiento entre la unidad generadora y el paciente. El agente acoplante ideal es el agua, ya que su densidad acústica es la misma que la de los tejidos blandos del cuerpo humano. El acoplaje directo con el agua permite limitar al máximo la pérdida de energía: el acoplaje con la membrana es más fácil de manipular, pero se produce atenuación y dispersión de energía.

En este sentido, es muy importante la analgesia, dado que en general se produce dolor de magnitud variable, entre los 2.000 y los 4.000 golpes o tiros que necesite el tratamiento. En la medida que el área de acoplamiento sea mayor y la densidad de energía por cm² de piel sea menor, menor es el grado de analgesia requerida. Algunos aparatos permiten utilizar sedación endovenosa, otros requieren de anestesia formal.

Indicaciones de la litotricia extracorpórea

Los factores a tener en cuenta en las indicaciones de la ESWL son:

- 1) El tamaño, la ubicación y la dureza del cálculo. Cálculos menores de 2 cm los consideramos subsidiarios de tratamiento mediante ESWL, los de mayor tamaño depende de cada caso. La dureza del cálculo depende de su composición, dureza y fragmentación en orden decreciente: cistina, fosfato de calcio, ácido úrico, oxalato de calcio, fosfato amónico magnésico. Los cálculos ubicados en riñón, uréter lumbar y uréter terminal son de fácil fragmentación, los localizados en uréter sacro son de más difícil fragmentación.
- 2) La morfología de la vía urinaria, la cual debe de estar permeable por



La litotricia extracorpórea se aplica con buenos resultados desde hace más de 20 años

◆ **Esta técnica quebranta los cálculos, de forma no invasiva, por medio de ondas acústicas supersónicas y los fragmentos se eliminan espontáneamente por la vía urinaria**

debajo del cálculo para ser posible la expulsión de los fragmentos calculosos.

- 3) Tipo de liptotritor: sistema de localización y fuentes de energía.
- 4) Criterios médicos: trastornos de coagulación, hipertensión no controlada, aneurisma aórtico o renal, marcapasos, gestación, deformidades esqueléticas severas y obesidad patológica.

Desde un punto de vista amplio, son subsidiarios de ESWL todos aquellos cálculos situados en riñón o uréter con adecuado drenaje de la vía urinaria.

Contraindicaciones de la litotricia extracorpórea

Las contraindicaciones absolutas y relativas de la litotricia se han reducido con la mayor experiencia y con los nuevos equipos. En la actualidad se consideran contraindicaciones absolutas:

- Trastornos de la coagulación no controlables.
 - Obstrucción completa distal al cálculo que se va a tratar.
 - Riñón no funcional y no recuperable.
 - Embarazo.
- Contraindicaciones relativas:
- Infección concomitante.
 - Calcificaciones aórticas y arteriales renales cercanas al cálculo.

- Obesidad mórbida.
- Marcapasos.
- Deformidades esqueléticas.
- Hipertensión no controlada.
- Malformaciones del aparato urinario (riñón en herradura, estenosis, unión pieloureteral, divertículo calicular, etc.).

Complicaciones de la litotricia extracorpórea

Las complicaciones que se pueden observar son infección y/o sepsis en menos del 1% de los tratados, calle litiásica entre 1 y 5% (fragmentos impactados en uréter distal) y hematoma subcapsular, subclínico en 0,6%. Ocasionalmente se pueden ver otras complicaciones como pancreatitis o neumonitis, especialmente en niños.

- Otras complicaciones pueden ser:
- Hematuria.
 - Fiebre transitoria.
 - Cólico renal, motivado por la eliminación de los fragmentos.
 - Lesiones cutáneas locales.
 - Infección urinaria.
 - Paralización temporal del ritmo intestinal.
 - Hipertensión arterial que requiere tratamiento.
 - Anulación funcional temporal del riñón.
 - Obstrucción uretral por fragmentos.

Premien el joc interactiu PI@y-Chek

La demarcació de Lleida de l'Associació de Diabètics de Catalunya va presentar a principis de novembre un joc interactiu per a joves amb diabetis, del qual són autors Miquel Flores, infermer del CAP de Balàfia, i David Figueres, informàtic. El joc va obtenir el primer premi del Congrés Nacional d'Infermeria celebrat recentment a Granada.

PI@y-Chek és un joc interactiu adreçat a joves diabètics a partir de 12 anys, que conté 1.500 preguntes sobre la malaltia, a més de 140 il·lustracions relacionades amb el tema. A part de la tasca dels autors, el joc ha comptat amb la supervisió i col·laboració d'altres professionals del sector de la medicina i de la informàtica. El primer projecte de PI@y-Chek ja va rebre al maig



d'enguany el primer premi del Congrés de l'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica. Properament, la mul-

tinacional Roche començarà la distribució de 10.000 exemplars de PI@y-Chek en l'àmbit nacional.

ICS: Servei de Prevenció

El Pla de Salut de Catalunya ha representat una nova orientació en la tradició de la planificació sanitària durant els darrers deu anys. Les unitats bàsiques de prevenció (UBP) formen part d'aquesta xarxa per assessorar l'empresari, els representants dels treballadors i qualsevol membre de la plantilla en qüestions relatives a la prevenció de riscos laborals. La UBP de Lleida està constituïda per un equip multidisciplinari que vetlla per la seguretat i la salut en el lloc de treball tant en l'àmbit hospitalari com en el d'atenció primària de tota la regió sanitària.

contaminants de diversa naturalesa, com ara els agents biològics (contacte amb pacients i la potencial exposició a agents transmissibles), químics (manipulació de substàncies tòxiques) i físics (treballs amb radiacions ionitzants) i per la utilització d'instal·lacions o instrumental de risc.

L'ICS compta amb un servei de prevenció (SP) propi, que té la seu central al Centre Corporatiu (Unitat Central de Prevenció) i es desplega arreu del territori a partir de les unitats bàsiques de prevenció (UBP), ubicades estratègicament per donar cobertura als àmbits hospitalari i de primària (il·lustració de l'estructura de l'àrea de PRL de l'ICS).

La missió principal del servei de prevenció és l'assessorament de l'empresari, dels representants dels treballadors i de qualsevol membre de la plantilla en qüestions relatives a la prevenció dels riscos laborals. El servei de prevenció desenvolupa les directrius i la política de prevenció de riscos laborals dictaminades per l'ICS, vetlla per la seguretat i la salut en el lloc de treball i posa en pràctica un sistema de gestió de la prevenció de riscos laborals integrat en els sistemes de gestió corporatius i en els de cada hospital i àmbit d'atenció primària.

Dra. Esther Barbé i Illa · *Medicina preventiva*
 Dra. Lourdes Villarte i Farré · *Medicina del treball*

La Llei 31/1995, de prevenció de riscos laborals (LPRL), responsabilitza el titular de l'activitat empresarial de garantir la salut i la seguretat dels treballadors i d'endegar l'acció preventiva de manera organitzada constituint un servei de prevenció, el qual es dotarà d'una infraestructura humana i uns recursos materials adequats.

L'esmentat equip humà tècnicament acreditat per a aquest exercici professional ha de planificar l'acció preventiva a partir d'una avaluació inicial de tots els riscos en què derivi la complexa activitat sanitària (en l'àmbit hospitalari o de l'assistència primària) i que poden originar-se en determinats processos per una exposició laboral a

Estructura de la UBP

La UBP de Lleida està constituïda per un equip multidisciplinari de professionals que treballen paral·lelament

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de medicus mundi. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de medicus mundi.

Fes-te soci. Faràs bé



C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
 Tel.: 93 418 47 62
 La Caixa 2100 1010 51 0200065471

Nom.....
 Cognoms.....
 D.N.I.....
 Telèfon.....
 Adreça.....
 Població.....C.P.....
 Entitat Bancària []

Desitjo col·laborar com a soci/a de medicus mundi amb la quota de:
 25.000
 10.000
 5.000

mensual
 trimestral
 semestral
 anual

FIRMA: _____

LA NOSTRA ESTRUCTURA



en dues seccions: la unitat tècnica i la unitat de vigilància de la salut, i un suport administratiu.

L'àrea tècnica està formada per dos tècnics de prevenció de riscos laborals i és l'encarregada de dur a terme tota l'activitat no sanitària de la UBP corresponent a les disciplines de seguretat, higiene, ergonomia i psicociologia aplicada. Ha dut a terme l'avaluació inicial de riscos laborals, els plans d'emergència, visites de seguretat i la investigació d'accidents, entre d'altres.

L'àrea de vigilància de la salut està constituïda per una infermera del treball i una facultativa especialista en medicina del treball. A més de prestar l'assistència als accidents de treball, desenvolupa el programa de vigilància de la salut dels treballadors, ja que realitza els exàmens bàsics de salut i específics, entre altres activitats.

Val a dir que la UBP de Lleida té el suport d'altres recursos humans dedicats a la prevenció i a qüestions d'higiene hospitalària:

- Facultativa especialista en medicina preventiva i salut pública, que funcionalment actua com a coordinadora de la UBP.
- Infermera supervisora d'higiene hospitalària.
- Tècnic de prevenció de riscos



Organigrama de la Unitat Bàsica de Prevenció ICS - Lleida

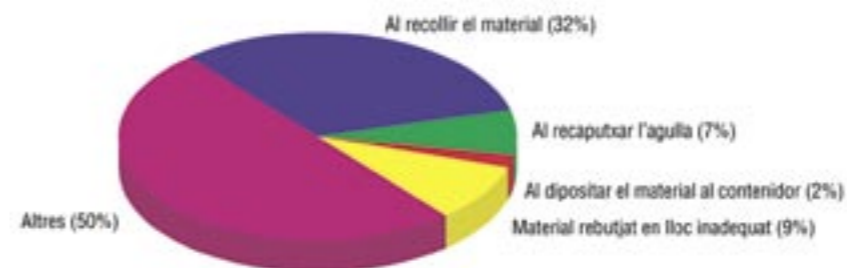
◆ **Dos de cada tres accidents laborals en l'àmbit sanitari són provocats per bioinoculacions**

laborals
Segons el document marc del Servei de Prevenció de l'ICS, aprovat en el si de la Comissió Permanent de la Comissió Paritària, en data 6 de març de 2000, la UBP de Lleida té una doble dependència:

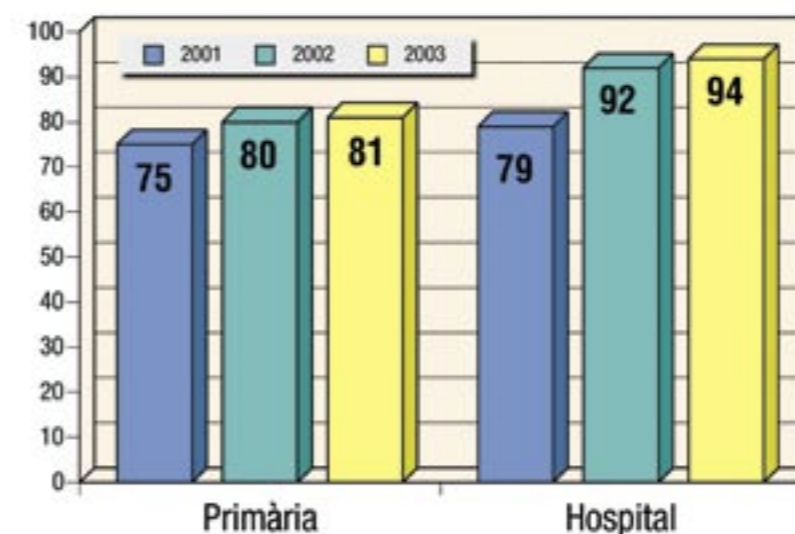
- Orgànica, del director gerent de l'Hospital i de la gerència de l'assistència primària de l'àmbit.
- Funcional, del responsable del Servei de Prevenció.

El marc de les actuacions preventives que ha de dur a terme la UBP queda recollit en la Llei 31/95, en el Reial decret 39/1997 (Reglament dels

Forma com s'ha produït l'accident biològic



Prevalença de vacunats de l'hepatitis B en el personal que ha patit un accident biològic (en %)



serveis de prevenció), la Llei 54/2003 de reforma del marc normatiu de la prevenció de riscos laborals i en la seva normativa de desenvolupament.

Les prioritats i temporalització queden recollides en l'acord sobre condicions de treball del personal de l'àmbit d'aplicació de la Mesa General de Negociació de l'Administració de la Generalitat de Catalunya de 12 de juliol de 2000.

Població de referència de la UBP

La població sobre la qual actua la UBP de Lleida està constituïda per tot el personal de l'ICS que treballa als centres de la regió sanitària de Lleida que estan distribuïts geogràficament arreu de tota la província, en els dos àmbits següents:

- Àmbit hospitalari: Hospital Universitari Arnau de Vilanova, amb una plantilla de 1.172 treballadors.
- Atenció primària: àmbit Lleida i àmbit Pirineu, amb una plantilla de 1.100 treballadors.

Ahora, la UBP assessora i ofereix els seus serveis a les empreses alienes a l'ICS però que desenvolupen activitats als centres de l'Institut Català de la Salut.

◆ **Augmenten els accidents per violència a la feina**

◆ **La prevenció efectiva s'integra en tots els departaments**

Resum de la cartera de serveis de la UBP

- Entre els serveis que s'ofereixen des de la UBP cal destacar:
- Avaluació permanent i estudi de riscos al lloc de treball.
 - Controls periòdics de les condicions de treball.
 - Vigilància de la salut dels professionals segons els riscos específics de cada lloc.

- Participació en l'elaboració dels protocols de treball segur/instruccions de seguretat i salut.
- Anàlisi i investigació d'accidents i incidents.
- Informació i formació en matèria de prevenció de riscos.
- Prevenció i promoció de la salut.
- Assessorament en matèria de seguretat i salut en el treball.
- Avaluació inicial de l'estat de salut
- Exàmens de salut específics segons riscos.
- Prevenció i protecció en cas d'exposició accidental.
- Prevenció de les malalties laborals.
- Vigilància epidemiològica de la patologia laboral.
- Control d'agents físics, químics i biològics.
- Ergonomia geomètrica i espacial (espais, mobiliari, il·luminació).
- Càrrega física, postural i moviments repetitius.
- Factors organitzatius del treball que afectin la seguretat i la salut.
- Factors psicosocials.

Els accidents en l'àmbit sanitari

Dos de cada tres accidents laborals en l'àmbit sanitari, tant a l'hospital com a l'atenció primària, són bioinoculacions (accidents amb risc biològic), de manera que ocupen el primer lloc. L'estament que més sovint pateix exposicions accidentals a material biològic, ja sigui per via percutània com per contacte cutaniomucós, és el d'infermeria. La forma com es produeix aquest tipus d'accident (recull d'accidents biològics 2001-2003) es pot veure al gràfic 1. Una dada important que cal destacar és que un de cada tres accidentats no duia guants en el moment de l'accident.

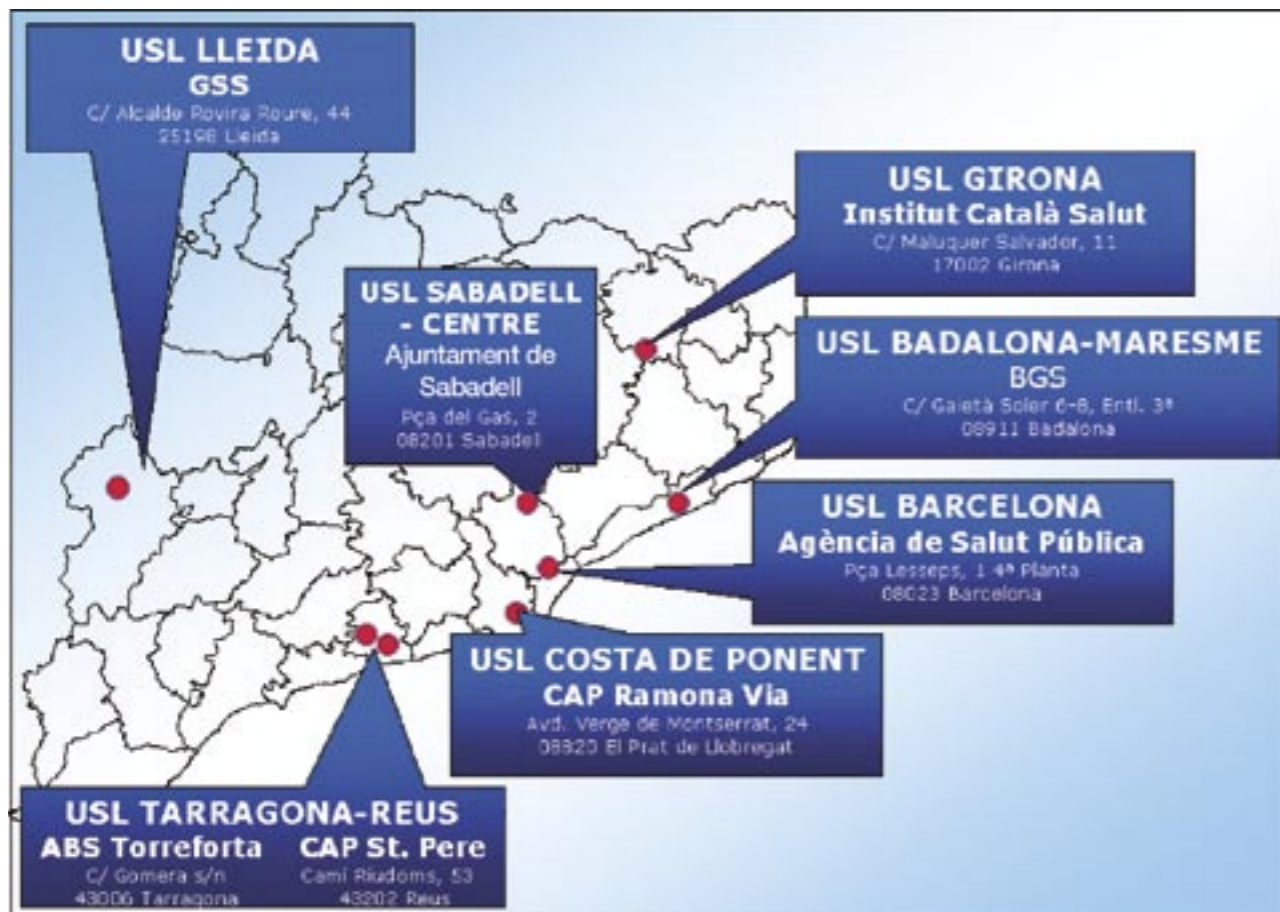
Dins de l'atenció primària, el segon lloc l'ocupen els accidents *in itinere* i els *in labore*, ambdós habitualment són accidents de trànsit. A l'hospital, es produeix una varietat més important en els tipus d'accidents no biològics amb relació a procediments i tasques que requereixen contacte amb agents químics i en molts casos més protagonisme en el sector sanitari els accidents per violència a la feina i s'observen tant a l'atenció primària com a l'hospital.

Qui ha de participar en la prevenció de riscos laborals?

La prevenció de riscos és una tasca en la qual hem de participar tots els membres de l'organització, cadascú des del seu àmbit de treball i d'acord amb la seva responsabilitat. La prevenció efectiva és aquella que s'integra en la gestió de tots els processos que s'executin a l'empresa. Adquirir una cultura preventiva requereix la implicació de tothom.



Components de l'equip de la Unitat Bàsica de Prevenció ICS - Lleida



Localització de les unitats de salut laboral a Catalunya

Les unitats de salut laboral de Catalunya

Dra. Montserrat Puiggené Vallverdú · Unitat de Salut.
Regió Sanitària de Lleida

El Pla de Salut de Catalunya ha representat una nova orientació en la tradició de la planificació sanitària durant els darrers deu anys. La definició d'objectius de salut ha estat la referència fonamental per establir les intervencions i accions prioritàries que calia dur a terme per part del sistema sanitari i els altres àmbits i institucions implicats en la salut.

D'acord amb el primer Pla de Salut de Catalunya (1993-1995) i els següents 1996-1998 i 1999-2001:

- Les unitat de salut laboral (USL) es posen en funcionament com a unitats de suport als diferents àmbits assistencials de la xarxa pública per assolir l'objectiu d'aug-

◆ **Les USL detecten els problemes de salut relacionats amb el treball dins la xarxa assistencial i contribueixen a resoldre'ls**

mentar la detecció dels problemes de salut relacionats amb el treball que s'atenen dins la xarxa assistencial, així com per endegar actuacions preventives i contribuir a la resolució dels problemes de salut esmentats.

- Les USL tenen funcions de suport a la vigilància epidemiològica, l'educació sanitària als treballadors, el desenvolupament de programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia a les empreses, la formació dels professionals sanitaris, l'anàlisi de la situació en relació amb els riscos laborals, la detecció de la relació entre les patologies diagnosticades i el lloc de treball i la recerca aplicada a la salut laboral.
- Així mateix, les USL tenen un paper important com a element facilitador de la coordinació entre els dispositius assistencials especialitzats i la xarxa assistencial pública.

La població de referència de la USL

La població sobre la qual actuen les unitats de salut laboral està constituïda per tots els treballadors; en el cas de la Unitat de Salut Laboral de Lleida, per tota la població treballadora d'aquesta regió sanitària.

Les unitats de salut laboral són referent per a tots els agents de la salut

laboral: els treballadors, els empresaris, els especialistes en medicina del treball i tots els altres professionals sanitaris i tècnics de la prevenció de riscos laborals, els SPP (serveis de prevenció propis), els SPA (serveis de prevenció aliens) i les mútues patronals.

Són referent per a les associacions empresarials, els gabinets de salut laboral de les organitzacions sindicals i les societats professionals vinculades a la salut laboral. Inicien la seva trajectòria vinculades a tots els professionals de l'assistència primària i també a l'assistència hospitalària.

Carta de serveis

- Fomentar la detecció i la notificació de casos de malalties relacionades amb el treball.
- Implantar programes d'intervenció en salut laboral.
- Assessorar en la gestió mèdica i tècnica en casos individuals i col·lectius.
- Dissenyar recomanacions per a la prevenció.
- Detectar activitats perilloses en el treball per prevenir-les i controlar-les.
- Participar en els diferents nivells de formació: pregrau, postgrau i formació continuada.
- Comunicació amb els diferents

agents de la salut laboral.

Medicina del treball catalana. Anotació històrica

El Dr. Manuel Baselga Monte, en l'estudi *Història i evolució de la salut laboral a Catalunya*, en l'apartat "Evolució històrica de la salut laboral a Catalunya protagonitzada per la medicina del treball", situa les unitats de salut laboral en el període que anomena de pluridisciplinarietat (1971-1994): "A Catalunya, sota la gestió ja del Departament de Sanitat de la Generalitat, apareix com a nova forma de la medicina del treball, dins la Xarxa de l'Assistència Primària d'Utilització Pública, la novetat de les unitats de salut laboral (USL)."

"En l'eufòria dels primers ajuntaments democràtics de la Transició (...) s'experimenta el model italià de les unitats de salut laboral (...) La USL model a Costa de Ponent salva la seva continuïtat (...) amb un acord bilateral sobre salut laboral entre la Generalitat i les centrals sindicals. L'èxit i l'experiència a Costa de Ponent explica que s'assumeixi com un model institucional genuïnament català del Departament de Sanitat. Es recull al primer Pla de Salut de Catalunya (1993) en què es fixa la seva desitjable aplicació de forma progressiva i selectiva..."

"Aquestes USL són promogudes a

Unitats de salut laboral en funcionament	
	INICI
COSTA DE PONENT	1990
SABADELL	1995
TARRAGONA	1995
BADALONA	1997
BARCELONA CIUTAT	1998
LLEIDA	2002

Població edat laboral. Lleida. 2003. (MILERS DE PERSONES)		
HOMES	DONES	TOTAL
153,5	155,1	308,5

Població ocupada. Catalunya. 2003. (MILERS DE PERSONES)	
LLEIDA	157,7

Taxa d'ocupació. Catalunya. 2003. (TANT PER CENT)	
LLEIDA	51,1

Font: Enquesta de població activa, INE.

partir de l'any 1993 i suposen l'aportació més interessant de la sanitat catalana a la salut laboral".

Logo brands: XEMEX, OMEGA, GUCCI, LONGINES, HAMILTON, ORIS, TISSOT, PIRE TENA, BADOSE, ALFEX, BREITLING.

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

Malalties i altres mals associats a la bruixeria

Els processos de bruixeria conservats a Lleida no són freqüents. Però els crims i els càstigs que s'atribueixen a la condició de bruixa o de bruixot dels actors eren força severos. Una de les principals males accions que es creia que feien els posseïts pel diable era el mal donat, atribuït a qualsevol malaltia d'origen natural produïda, segons la creença popular, pels malefics o a través de mitjans misteriosos. Nombroses representacions artístiques antigues tenen el diable com a figura central de l'escena i el simbolitzen, en molts casos, en forma de drac.

Drs. Manuel Camps Clemente i Manuel Camps Surroca

En aquest treball estudiem les malalties i altres mals associats a la bruixeria a partir de l'anàlisi de tres processos criminals corresponents als segles XVI i XVII, els quals van tenir lloc en terres lleidatanes: un de l'any 1512, corresponent a unes dones i homes de la Ribagorça (dels voltants de Roda d'Isàvena) que fugiren de la seva terra atemorits per la persecució i el perill de mort a què s'exposaven, ateses les bruixeries que se'ls atribuïen¹; un altre, de l'any 1604, contra una dona gascona resident a Montagut i detinguda a les presons episcopals de Lleida²; i el tercer, de l'any 1627, contra unes bruixes i metzineres de Lleida delatades a través de la declaració feta durant el turment al qual fou sotmesa la bruixa Tomasa Roig, de les Cases de Corbins, filla del batlle d'aquest lloc i muller de Francesc Roig³.

En tots ells era el diable qui centrava l'escena, figura que per altra part ha estat present en múltiples representacions artístiques antigues, sovint amb els àngels com a complement. Com és sabut, els àngels, intermediaris entre Déu i l'home i executors de la voluntat divina, han protagonitzat amb freqüència la lluita contra el diable (simbolitzat moltes vegades en forma de drac). L'arcàngel Miquel ha estat el principal actor en aquest sentit. Entre les obres d'art que representen aquest aspecte n'hi ha una, per exemple, que simbolitza l'anomenada psicòstasi o pesada de l'ànima, en la qual el diable, situat al costat del plat de la balança oposat al que ocupa l'arcàngel Miquel, intenta

desequilibrar el pes amb la finalitat que l'ànima vagi a l'infern en lloc d'anar al cel.

Mal donat i enverinament

Poc abans del Nadal del 1511, el llaurador Pere Semeli va fugir del monestir de Santa Maria de Sant Esteve del Mall (Ribagorça) en direcció a Lleida, perquè tenia fama de bruixot i sabia que el destí dels bruixots era morir cremats.

Antoni Guàrdia, del lloc veí de Cagigar, empresonat per bruixot, va confessar que havia sentit dir al mateix Pere Simeli que aquest s'havia apartat de la seva terra perquè li havien atribuït haver donat menjar i beure a una fadrina i haver-li contagiats *gotirlons* (inflamació de la gola amb estrenyiment d'aquesta, produïda per la presència de petits tumors).

Pere Simeli va confessar davant el tribunal que quan l'esmentada fadrina de Roda d'Isàvena (filla de Quitèria) va arribar a casa seva, li van donar alls i beguda. Després, un metge de Liana de la Pobla que va visitar la fadrina i una dona de Morens el van avisar que la família de la malalta l'acusava de ser el causant del mal:

“- Interrogat si sab de quin cas lo inculparen a ell deposant.
- Qui dix que li digueren quel inculparen de donar gotirlons, ço es que una fadrina de Roda filla de Quitèria arriba a casa de ell deposant eli donaren alls a menjar y a beure e inculparen a ell deposant



El justícia de Ribagorça va condemnar a mort el bruixot de Cagigar

que li pegà o dona gatirlons pero que falsament lo han inculpat.
- Interrogat qui lin dona avis del sobredit.
- Dix que un mege de Liana de la Pobla y una dona de Morens cerca de sa casa.”

Pere Simeli pertanyia a una família de Sant Esteve del Mall que tenia fama de practicar la bruixeria. La seva germana Magdalena també va fugir de la seva terra en direcció a Albelda pel mateix motiu, i va estar presa a Benavarri, igual que la seva mare. Però ambdues es van poder lliurar del càstig per manca de proves.

Toxicologia popular

Deixant de banda el mal donat que acabem de relatar, el segon punt que comentem correspon a la toxicologia popular, arrelada a les nostres terres i també impregnada d'empremtes màgiques relacionades amb la bruixeria. Seguint el mateix cas, també s'atribuí a Pere Simeli el fet d'haver provocat gairebé la mort i ocasionat basques a Miquel Sunyer després de beure una *pigeleta* (recipient de terrissa utilitzat per beure vi a galet) de vi mostat (vi novell o suc del raïm abans de fermentar) que li havia ofert. Pere Simeli es va defensar de l'acusació atribuïnt la responsabilitat a la seva mare, que també gaudia, com hem dit abans, de fama de bruixa. Va fer la següent confessió:

“- Interrogat si coneix an Miquel Sunyer del mas de la Serra terme de Sant Esteve del Mall.
- Dix quel coneix molt be perque li es vehi que sta prop lo seu mas a dos tirs de ballesta poch mes o menys.
- Interrogat si dona una pigeleta de vi mostat a la muller del dit Sunyer.
- Qui dix que la mare de ell deposant lay dona y no ell deposant.
- Interrogat si sab que en lo dit vi hi hagues algunes metzines o coses que poguessen danyar.
- Dix que noy sab res.
- Interrogat si sap que lo dit Sunyer havent begut del dit vi vingues ala mort el prengueren basques.
- Qui dix que noy sab res ni te recort de tal.”

A l'esmentada acusació se n'afegí una altra del mateix tipus, segons la qual Pere Simeli també havia donat menjar i beure a casa seva a la muller i a una filla petita d'Antoni Noguero, de Roda d'Isàvena.

En el mateix procés apareix un altre cas de sospita d'enverinament. El justícia de Ribagorça i doctor en drets de Tamarit Pedro Almenar va ordenar la investigació mitjançant la qual es va acabar condemnant a mort el bruixot de Cagigar Antoni Guàrdia. Aquest es trobava pres a la presó de Lleida imputat d'haver donat unes pólvors

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

res a na Grahullana, amb la finalitat que les administrés al seu marit, que la maltractava, i a una nora amb la intenció de matar-los. També li indicà que donés a la nora un galàpet fregit que es trobava a la *fontella*. Com és sabut, el fet de donar galàpets era considerat una malesa molt greu, atès que es creia que eren verinosos. En un procés de l'any 1485 contra una bruixa *metzina* i *homeiera*, aquesta va confessar que per cometre els homicidis emprava un unguent preparat a base de *metzines de calapat i leus de persones mortes*⁴.

Grahullana era una bruixa que va ser empresonada a Benavarri i posteriorment penjada al terme de Sant Esteve del Mall. D'altra banda, en l'història d'Antoni Guàrdia consta que aquest havia estat empresonat pel batlle de Cagigar a causa de les *alevacions* (falses imputacions) que li havia fet la mateixa Grahullana. Va ser turmentat i durant el turment va confessar que l'havia espolsada (colpejada) una vegada. També va negar haver mort un bou del seu propi germà, tal com li imputaven. Va fugir de la presó per una finestra, després de trencar la cadena, mentre esperava ser cremat, i es refugià al Pallars.

Empresonament de bruixes

En l'altre procés que estudiem, de l'any 1604, s'acusava de bruixa una gascona de Montagut anomenada Maria (filla d'un tal Vinyau), coneguda com la bruixa de Sant Bertrà i detinguda a les presons episcopals de Lleida. En aquest cas, també hi ha referències a l'enverinament. Aquesta dona de 50 anys era natural del lloc de Vilados (França) i vídua de Peyxoto Debadia, de Preixach de Laveda (bisbat de Tarba), lloc on van viure casats durant uns 15 anys.

Trobat-se el seu marit a Alcarràs (feia l'ofici de duler i residia a Montagut), ella va ser empresonada a Preixach juntament amb altres bruixes de la mateixa companyia (com la Pagesa, que era la més important; Aurinyaca i Pelabusaca, del lloc de Sant Pastor, etc.), algunes de les quals van ser penjades, cremades i exposades al públic. Va estar presa unes tres setmanes a la borda de Bernat de Maria, on va rebre severíssims turments durant tres dies fins al punt que el botxí, el mestre Bernat, la va deixar sola pensant que es moriria. L'endemà no la van trobar i el prebost (que administrava justícia) la manà cridar al toc de trompeta. Va amenaçar que si algú la tenia amagada i no la delatava el faria penjar.

Després se sabé que durant la nit abandonà el terme i caminà més d'una llegua. La seva neboda Miquela de Vinyau la va anar a buscar amb una

Sant Esteve del Mall, escenari de la mort de la bruixa Grahullana





Sant Antoni foragitant el dimoni del cos d'una possessa. S. XIV Mestre de Rubió (Museu d'Art de Catalunya)

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

somera i la va aixoplugar a casa seva de Vilados, on va estar malalta a causa del turment des del mes de maig fins per Sant Martí. Després la portaren als banys.

El seu marit, assabentat de tot això, la va anar a buscar i se l'endugué a Lleida amb un fill seu. Després, el marit va morir a l'hospital d'aquesta ciutat i ella va fer cap a Montagut, lloc on residia des de feia anys.

La Maria tenia les mans *ganchades* a causa d'haver-se llançat per la finestra, juntament amb una altra bruixa també empresonada que no va aconseguir sobreviure. També es deia que es va trencar el braç i se'n va anar a la vora del corrent d'un riu i es va curar.

La relació d'aquesta bruixa amb l'enverinament se'ns revela per la confessió que va fer durant el judici el pagès de Montagut Jaume Ferrer. Segons aquest, sis anys abans, sis garbers gascons (homes que del blat segat en feien garbes) es trobaven segant en

un tros de blat de la vídua Sagarrulla a l'arner (lloc on hi ha arnes d'abelles). Maria servia els esmentats garbers, però dos d'ells, que eren de la seva terra (Laveda, regne de França), es van negar que els portés beure i menjar perquè sabien que era bruixa i que havia matat dos bous en una borda i temien que els enverinés. La violència va arribar a tal extrem que la van amenaçar de tallar-li el coll amb la falç si els portava beure. L'endemà els dos segadors van ser acomiadats.

Supersticions populars

En el mateix procés, el mestre de cases de Montagut Joan Alon, uns dies abans del Nadal del 1602, va enviar el seu mosso a buscar una carretada de llenya. En arribar al corral, la Maria li va demanar la càrrega pensant que l'amo no s'adonaria de la intenció. Però aquest ho va intuir i va enviar el mosso a donar recapte a les mules mentre ell mateix va descarregar la llenya. L'endemà, el mosso llençà la

llenya per la tàpia del corral amb la finalitat que l'agafés la Maria. L'amo, que ho sospitava, es llevà del llit, va sorprendre el mosso i va provocar la fugida d'aquest, que no va tornar mai més. Des de llavors les mules van deixar de menjar fins que es van morir. Durant la malaltia d'aquestes van donar un tros de pa a una d'elles i, després de fregar-li per la boca, no el va voler menjar. Van sospitar que el pa es contaminà per les baves de la mula i no el volgueren donar a les gallines ni a les altres bèsties de casa. El van llançar al carrer i una gossa de Joan Llorens va morir al cap d'un quart d'hora d'haver-se'l menjat. Es va concloure que la responsable del mal havia estat la Maria.

Un testimoni, referint-se a la Maria, va dir que no hi havia home en tot Lleida que *li gose entrar fermança*, a causa del que havia fet, ja que era bruixa i va fer malaltejar una dona durant un any i un mes al llit. És evident fins a quin punt les supersticions formaven part dels costums.

Homicidis de criatures

Aquest crim l'hem estudiat en un altre procés de bruixeria de les nostres terres de l'any 1485⁵, a més dels que comentem en aquest treball.

En l'esmentat procés de l'any 1512, Antònia, vídua del Puig d'en Ros, solia anar a missa a Cagigar i, com altres, va fugir de la muntanya per la fama que tenia de bruixa. Un cop a la presó de Lleida, va ser despullada en presència del cort i pahers i li fou descobert el senyal a l'espalla esquerra, en aquest cas una *potada*. Ella va confessar que no sabia qui li havia fet. Va ser acusada de matar una criatura la nit de Sant Joan a casa d'en Colomina, en companyia de la bruixa Domenja de la Serrulla. Va ser condemnada a ser turmentada.

Aquest crim, entre altres, apareix també en el procés de l'any 1627 contra unes bruixes i metzineres de Lleida inculpades a causa de la confessió que va fer durant el turment la bruixa Tomasa Roig, de les Cases de Corbins, filla del batlle d'aquest lloc, Joan Carrera. Van ser empresonades les bruixes Felipa Gavasa, Esperança Garriga (coneguda amb el nom de na Luques), Esperança Bagana, Margarida Aleixara, Maria Anna Coret i Elisabet Joana Comes. Solien anar en grup, de nit, al Pla de Bellvis, al Pla de Gardeny o a les eres altes o baixes de les Cases de Corbins, i allí es trobaven amb el diable i duien a terme les accions criminals.

Esperança Garriga o na Luques (pel fet d'haver estat casada amb el mestre Nicolau Luques) era una dona de Lleida de 33 anys, casada amb el pagès d'aquesta ciutat Joan Garriga. En el judici va confessar que havia sentit a parlar de la bruixa lleidatana Caterina Borjada quan aquesta va ser empresonada i que coneixia de vista na Aleixara (de sobrenom la *Sorabanda* o *Sobaranda*). Sabia de l'existència de na Comes, muller d'un revenedor que vivia prop de casa de Barull, pel fet d'haver-hi anat a comprar carbó dues vegades per a la seva filla.

Va ser testimoni de la mort d'una criatura al Pla de Gardeny. Trobant-se en aquest lloc, na Comes i na Aleixara van portar davant el diable una criatura viva de casa del mestre Medina, la qual va ser trossejada entre na Borjada, na Comes, na Vinagre i na Aleixara.

Na Aleixara era una bruixa de 50 anys natural d'Agramunt que havia tingut una accidentada vida matrimonial. Casada durant vuit anys amb Pere Esteve, de les Cases de Corbins, va estar connectada sempre amb aquest lloc per les heretats que va adquirir del primer matrimoni. Després es casà amb Joan Turunya, de Lleida, i després amb Pere Aleixar. La relació durant 34 anys amb les Cases de Corbins va fer que conegués perfectament el matrimoni Carrera (Joan Carrera, batlle d'aquest lloc, i Esperança), vinculat amb la bruixeria. En efecte,

◆ **Les bruixes eren cremades, penjades, exposades al públic i algunes rebien severíssims turments fins que finalment morien en mans del botxí**

Esperança havia portat la seva filla Tomasa (casada amb el pagès de les Cases de Corbins Francesc Roig) a les eres altes del poble amb la finalitat que adorés el diable, el qual, en forma de cavaller, la va abraçar i aquesta va prometre ser bruixa.

La bruixa de 40 anys Elisabet Joana Comes era natural de Viacamp (prop de Benavarrí) i estava casada amb el revenedor de Lleida Bernat Comes. Coneixia el batlle de les Cases de Corbins, atès que aquest li havia comprat algunes coses.

Efectes psicològics

La por intensa, fins i tot acompanyada en algun cas d'al·lucinacions, ha estat un efecte psicològic freqüent que les bruixes provocaven entre la gent del seu voltant. El cas més demostratiu d'aquesta acció malèvola l'hem observat en el procés contra la gascona Maria, al lloc de Montagut. Ho sabem per la declaració que va fer Caterina Cussola, una dona gascona de Lleida que es trobava servint a Montagut, a casa de Jaume Moreno.

Una nit, mentre dormia, la va envair un gran espant. Va tenir la sensació que un gran pes se li posava a sobre, fins al punt que exclamà: "Jesús, Verge Maria nom desempareu!" Va obrir la finestra de la cambra i li va semblar percebre, *visiblement*, Maria. El mateix matí ho va comunicar als de casa i l'endemà, al forn del lloc, on es coneixia la condició de bruixa de la Maria.

Més tard, Caterina va confessar que la Maria no la gosava mirar a la cara i mai la saludava. Ben al contrari: si ella la mirava, la Maria girava la cara cap a l'altre costat.

Actes sexuals considerats pecaminosos

Un dels actes que es repetien, en el cas de les bruixes de l'any 1627, era relacionar-se sexualment amb el diable al Pla de Bellvis o al Pla de Gardeny.

Es duien a terme festes en què intervenien les bruixes en grup i els diables, i l'obscuritat i la luxúria centaven tota l'acció. Totes les bruixes negaven aquesta acusació davant el tribunal i deien que no havien ofès Déu d'aquesta forma.

Els fets sempre succeïen de la mateixa manera: anaven de nit en grup als esmentats llocs i es trobaven amb el

diable, en forma d'home, acompanyat d'altres diables, davant els quals cantaven cançons deshonestes, saltaven, ballaven, feien foc, sopaven, besaven la mà del diable, prometien obeir els seus manaments i s'hi relacionaven sexualment mitjançant el coit vaginal i anal (l'expressió usada pel tribunal era que el diable "tenia part amb elles per davant i per darrere").

Na Margarida Aleixara, per exemple, va confessar que "ni lo diable a tingut part en mi ni jo en lo diable Jesús tot temps". Elisabet Joana Comes va negar que Esperança Carrera (muller del batlle de les Cases de Corbins) hagués portat la seva filla Tomasa Roig a les eres altes d'aquest lloc a oferir-la al diable i que aquest l'abraçés i "tingués part amb ella pel davant i pel cul".

Danys materials

L'actuació del diable sobre la productivitat agrícola, principal mitjà de vida de les nostres terres, és un fet que també hem observat en aquesta recerca. El lloc elegit per dur a terme l'acció malèfica va ser les eres baixes de les Cases de Corbins. El grup de bruixes s'orinaven a terra en un clot i sis o set diables espargien l'orina i feien pedregar a la partida dels selles de Corbins i al pont de Picabaix.

NOTES

- (1) AML. Reg. 825
- (2) ACL. Processos 35.
- (3) AML. Reg. 837, folis 1-13
- (4) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "Característiques de les intoxicacions a Lleida durant la baixa edat mitjana". *Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*, 1995, XXIV, 113-130.
- (5) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: Ob. cit.

ACLARIMENT

El títol del treball publicat pels Drs. Manuel Camps Clemente i Manuel Camps Surroca en el *Butlletí Mèdic* 48 havia de ser "L'antic Hospital Militar de Lleida i les deplorables condicions higièniques de les casernes de la ciutat".

Nutrición en pacientes con enfermedades neurológicas: epilepsia

La epilepsia es una enfermedad que no se acompaña habitualmente de alteraciones nutricionales, pero sí se sabe que la dieta puede influir en la evolución de la enfermedad. En efecto, se ha comprobado que los cuerpos cetónicos, productos del metabolismo intermediario lipídico (acetona, ácido cetacético y ácido hidroxibutírico), tienen propiedades anticonvulsivantes, con lo

que, teóricamente, una dieta cetogénica podría disminuir las convulsiones y ser un recurso terapéutico utilizado en la epilepsia, especialmente en niños con crisis convulsivas muy frecuentes y refractarias. La probabilidad de mejoría con este tipo de régimen alimenticio varía entre un 20 y un 70% y la de quedar libre de convulsiones entre un 8 y un 40%, según diferentes estudios.

La epilepsia es un trastorno neurológico intermitente causado por una descarga repentina, excesiva y descontrolada de las neuronas de la corteza cerebral y probablemente de otras estructuras subcorticales, lo cual da como resultado una alteración sensorial, una pérdida del conocimiento o de las funciones psíquicas, convulsiones o una combinación de estos síntomas.

Las membranas citoplasmáticas de las neuronas del foco epiléptico parecen tener aumentada la permeabilidad al paso de los iones, lo que las hace más susceptibles a la activación por diversos estímulos: hipertermia, hipoglucemia, isquemia/anoxia cerebral, hipocalcemia, hiponatremia, tóxicos, etc.

Las neuronas próximas al foco epiléptico están hiperpolarizadas desde el principio, son gabaérgicas e inhiben a las neuronas que están en el foco. La descarga convulsiva pasa de la fase tónica persistente a la fase clónica intermitente, la cual se hace cada vez menos frecuente hasta que cesa por completo, agotando a las neuronas del foco epiléptico.

Se han observado elevadas concentraciones de glicina, bajas de taurina, y diferentes de ácido glutámico en las neuronas del foco. También se ha demostrado una mayor utilización (hasta 2-3 veces) de la glucosa durante las fases convulsivas y la parálisis que sobreviene después podría deberse a agotamiento de la glucosa y aumento del ácido láctico.

Efectos de la dieta cetogénica

Como se ha citado anteriormente, una dieta cetogénica es capaz de

Dr. A. Rodríguez Pozo · *Profesor titular de medicina. UdL. Hospital Universitari Arnau de Vilanova*

disminuir el número e intensidad de las convulsiones, por lo que hoy en día se considera un recurso terapéutico más en el tratamiento de la epilepsia, especialmente en niños con crisis convulsivas muy frecuentes y refractarias. El mecanismo de actuación no está del todo aclarado, y se han propuesto las siguientes teorías:

- Efecto anestésico de los cuerpos

cetónicos, a causa del cual se altera la reactividad de las neuronas y se previenen las convulsiones.

- Aportan mayor reserva energética cerebral (ratio ATP/ADP aumentado).
- Efecto anticonvulsivante de la acidosis, al contrario de lo que ocurre con la alcalosis por hiperventilación.
- Alteración del balance electrolítico secundario a la modificación del ratio del sodio cerebral extracelular/intracelular.
- Elevación de los lípidos plasmáticos.
- Modificaciones de la membrana lipídica neuronal con disminución de la excitabilidad o cambios en la producción/eliminación de neurotransmisores.

Composición y formas de la dieta cetogénica

La dieta cetogénica es un tipo de dieta desviada, en la cual la distribución de los principios inmediatos se hace de tal forma que la mayor parte de las calorías se obtienen a partir de las grasas, es decir, son dietas muy hipergrasas e hipocarbonadas. Las consecuencias del pobre aporte hidrocarbonado y el enorme aporte lipídico es la producción intensa de cuerpos cetónicos y la acidosis metabólica consecuente.

Existen varios tipos de dietas cetogénicas (tabla 1), cuyas características más relevantes son las siguientes:

- **Dieta clásica:** Se administran 3-4 gramos de grasas de alimentos por cada gramo de hidratos de carbono (dietas 3:1 o 4:1). Es poco palatable y solo aporta un 75% de

Tabla 1. Tipos de dieta cetogénica

TIPO DE DIETA	GRASAS DE LOS ALIMENTOS	MCT	PROTEÍNAS	HC
Dieta clásica 3:1	87%	-	13%	(Entre ambos)
Dieta clásica 4:1	90%	-	10%	(Entre ambos)
MCT	11%	60%	10%	20
Combinada	41%	30%	10%	19%

Tabla 2. Ejemplo de dieta cetogénica (1.300 Kal)

DESAYUNOS Y MERIENDAS	COMIDAS Y CENAS (PREPARAR UNA COMIDA Y PARTIRLA EN DOS)	RESOPÓN (ANTES DE IR A DORMIR)
Leche entera 100 ml o yogurt + 1 galleta maría con 5 g de mantequilla	Puré de verduras o crema de zanahoria o sopa de fideos + 5 ml de aceite de oliva + 10 ml de aceite MCT Pollo 60 g (sin piel ni hueso) o ternera 60 g o lomo de cerdo 40 g o tortilla francesa o merluza 100 g ½ pieza de fruta por comida	Leche entera 100 ml o yogurt natural + 5 ml de nata líquida + 10 ml de aceite MCT

Tabla 3. Esquema de instauración de una dieta cetogénica

Día 0	Cena del día anterior sin hidratos de carbono (pan, pasta, arroz, dulces, cereales, etc.) Se inicia ayuno a partir de esta toma
Día 1	Ingreso en el hospital Continúa el ayuno Beber mucha agua
Día 2	Aparición de cuerpos cetónicos en orina
Día 3	Se inicia la dieta cetogénica con 1/3 de la cantidad calculada
Día 4	Se administran 2/3 de la cantidad calculada
Día 5	Se administra la dieta completa y si se tolera bien se le da de alta

los requerimientos de RDA.

- **Dieta MCT:** El 60% de las calorías se aporta en forma de aceite MCT y un 10-12% como grasas de los alimentos. Es más palatable y aporta el 100% de los requerimientos RDA.

- **Dieta cetogénica combinada:** El 30% de las calorías se hace en forma de MCT y un 41% en forma de grasa de los alimentos. Tiene efectos colaterales adversos, especialmente molestias digestivas.

Actualmente, la dieta cetogénica comúnmente utilizada es la dieta combinada con MCT modificada (dieta Radcliffe II), cuya composición es la siguiente: 30% de las calorías como aceite MCT; 41% como grasas de los alimentos; 10% como proteínas y el 19% restante como carbohidratos.

Existen varias maneras de confeccionar las dietas cetogénicas. En la tabla 2 se muestra un ejemplo de dieta cetogénica combinada de 1.300 Kcal con un 30% en forma de MCT y un 41% en forma de grasas de los alimentos.

Instauración de las dietas cetogénicas

Antes de comenzar una dieta cetogénica es necesario una exploración física completa y la realización de una analítica sanguínea, determinándose los parámetros nutricionales habituales y pruebas de función de órganos relacionados con el metabolismo (función hepática, hemostasia, función renal, etc.).

La instauración de este tipo de dietas (tabla 3) requiere el ingreso en un hospital durante la fase inicial y en su puesta en funcionamiento se suelen seguir los siguientes pasos:

- Hospitalización.
- Ayuno absoluto entre 3 y 5 días hasta que se comprueba la presencia de cuerpos cetónicos en orina.
- Inicio lento y paulatino de la dieta cetogénica hasta conseguirse el 100% del aporte calórico al tercer día del inicio.
- Alta hospitalaria si no hay ningún tipo de problemas.
- Para comprobar la eficacia de la

dieta es necesario un período de tiempo de entre 6 y 8 semanas.

- Si es eficaz, la duración del tratamiento dietético suele ser de unos 2 años.
- Deben realizarse controles de cuerpos cetónicos en orina al menos una vez al día.

Recomendaciones generales

La eficacia de la dieta cetogénica desaparece si el paciente ingiere alimentos que no están incluidos en ella. Para hacer más fácil el cumplimiento y la tolerancia de la dieta suelen ser útiles los siguientes consejos:

- Para edulcorar los alimentos no pueden usarse compuestos que contengan fructosa ni sorbitol (sacarina, aspartamo, etc.).
- Los condimentos como sal, pimienta, azafrán, etc., pueden usarse libremente.
- Las bebidas carbonatadas sin calorías (Tab® y Coca-Cola light®) están permitidas.
- La pasta de dientes no debe contener sacarosa ni sorbitol.
- Los profesores y los colegios deben ser advertidos de la necesidad del cumplimiento estricto de la dieta por parte de los niños.
- Las comidas deben realizarse en periodos de tiempo definidos, no más de 45 minutos.
- La dieta cetogénica puede ser deficitaria en algunas vitaminas y en calcio, por lo que deberán aportarse estos nutrientes a partir de las grasas, proteínas y carbohidratos de los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

Kinsman, S.L.; Vining, E.P.G.; Quaskey, S.A.; Mellits, D.; Freeman, J.M. "Efficacy of the ketogenic diet for intractable seizure disorders: review of 58 cases". *Epilepsia*, 1992; 33: 1132-36.

Phelps, S.J.; Hovinga, C.A.; Rose, D.F.; Vaughn, C.; Olsen, A.; Cressy, K. "The ketogenic diet in pediatric epilepsy". *NCP*, 1998; 13(6):267-82.

Mahan & Scott-Stump. "Nutrición y dietoterapi de Krause". Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, 1998.

García Unciti, M.S.; Sastre Gallego, A. "Triglicéridos de cadena media: terapia nutricional mediante dietas cetogénicas". En: Hernández Rodríguez M, Sastre Gallego A: *Tratado de Nutrición*. Ed. Díaz de Santos. Madrid 1999.

León, M.; Celaya, S. *Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria*. Novartis Consumer Health SA. Barcelona 2001.

IV Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari:

Associació per al Desenvolupament dels Adivasis

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA



Beques de formació post-MIR en psiquiatria infantojuvenil

La convocatòria per a les beques 2005-2007 de la Fundació Alicia Koplowitz romandrà oberta des del 15 d'octubre de 2004 al 15 de gener de 2005.

Les beques convocades per aquesta fundació permeten als psiquiatres (via MIR) i als residents de psiquiatria d'últim curs especialitzar-se en investigació clínica en psiquiatria infantil i d'adolescents.

La formació que els becaris obtenen es realitzarà durant un període de dos anys en els departaments de psiquiatria de les següents universitats dels Estats Units i de la Gran Bretanya:

- Imperial College, St Mary's Hospital, London
- Columbia University, New York Presbyterian Hospital
- New York University, Bellevue Hospital
- Maudsley Hospital Institute of Psychiatry, King's College
- University of Pittsburgh Medical Center, Western Psychiatric Institute & Clinic

Per desenvolupar correctament els estudis a l'estranger, les beques requereixen com a condició fonamental un nivell adequat d'anglès. La dotació econòmica de cada beca esdevindrà d'acord amb els sous dels Fellows del lloc de destí. Els becaris s'incorporaran al seu destí entre els mesos de juliol i setembre del 2005.

Fundación Alicia Koplowitz
Paseo de la Castellana, 28-4º. 28046 MADRID
Tel.: 917 027 992
www.fundacionaliaciako-powitz.org
becas@fundacionaliaciako-powitz.org

Setena edició del taller Tractament Integral del Pacient Cremat

El Servei de Cirurgia Plàstica i Cremats de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona organitza la setena edició del taller Tractament Integral del Pacient Cremat, que tindrà lloc al saló d'actes del Pavelló Docent els dies 17, 18, 19 i 20 de gener de 2005. El curs, realitzat per l'equip assistencial de la Unitat de Cremats, engloba la totalitat del tractament del pacient cremat des dels diferents àmbits assistencials: pre-hospitalari, hospitalari i ambulatori.

El curs consta d'un mòdul d'exposicions teòriques i d'un segon mòdul, realitzat íntegrament el darrer dia, amb tallers pràctics en què

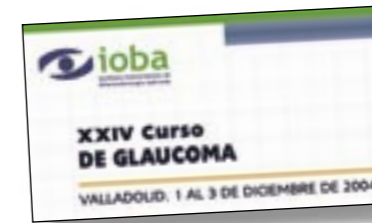
els assistents aplicaran les tècniques de les cures estudiantades.

Els professionals que desitgin més informació poden adreçar-se a:
ACTIVE CONGRESS
Ronda General Mitre 17, entl. 4a. 08017. Barcelona
Tel: 932 050 971. Fax: 932 053 852.
E-mail:

info@activecongress.com

XXIV Curs de Glaucoma a Valladolid

L'Institut Universitari d'Oftalmologia Aplicada (IOBA) organitza el XXIV Curs de Glaucoma que tindrà lloc a l'Hotel La Vega de Valladolid. L'objectiu del curs, que es realitzarà des del dia 1 al 3 de desembre d'enguany, és actualitzar els coneixements sobre glaucoma i exposar de manera crítica els nous avenços en tècniques de



diagnòstic per permetre als professionals de l'oftalmologia escollir el millor mètode d'acord amb les seves necessitats i possibilitats. Tanmateix, es revisaran els protocols de tractament medicquirúrgic per a aconseguir una màxima eficàcia en el maneig del glaucoma.

El curs pretén crear un clima de participació i interacció amb els assistents amb l'exposició de casos clínics que permetran adquirir capacitat de decisió i actuació davant de diferents casos de glaucoma.

Els directors del curs són el Dr. Alfonso Antón López, de l'Hospital Ntra. Sra. de l'Esperança de Barcelona i de l'IOBA de Valladolid, i el Dr. José A. Maquet Dusart, de l'Hospital Clínic Universitari de Valladolid.

Les ponències aniran a càrrec d'especialistes de diferents hospitals nacionals i internacionals:

Fundació Hospital Alcorcón, Dr. Alfonso Arias; Hospital Clínic Universitari de Madrid, Dra. Belén Carrasco; Hospital de Bellvitge de Barcelona i Barcelona Ocular, Dra. Susana Duch; Hospital Clínic Universitari de Madrid, Dr. Julián García Feijoo; Hospital Clínic i Institut Castroviejo de Madrid, Dr. Julián García Sánchez; University Eye Hospital de Wuerzburg, Alemanya, Dr. Franz Grehn; Hospital Clínic Universitari i IOBA de Valladolid, Dr. José María Herreras; Hospital Clínic Universitari de Valladolid, Dr. Sergio Mahave; Hospital Clínic Universitari de Madrid, Dr. José Martínez de la Casa; Hospital de San Eloy

de Bilbao, Dr. Alberto Martínez; Clínica Universitaria de Navarra, Dr. Javier Moreno; Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Dr. Francisco Muñoz; IOBA de

Valladolid, Dr. José Carlos Pastor; Hospital Miguel Servet de Saragossa, Dr. Vicente Polo; Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Dra. Gema Rebolleda; Hospital Oftalmològic Internacional y Universitat d'Alcalá de Henares de Madrid, Dr. Miguel A. Teus; Institut Oftalmològic de Madrid, Dr. José Luis Urcelay i de l'IOBA de Valladolid, Dr. Fernando Ussa.

Els professionals que desitgin obtenir més informació poden adreçar-se a: susanac@ioba.med.uva.es

I Reunió de Risc Vascular

El Grup de Risc Vascular de la Societat Espanyola de Medicina Interna (SEMI) i la Fundació Espanyola de Medicina Interna (FEMI) organitzen la I Reunió de Risc Vascular, que se celebrarà del 10 al 12 de febrer de 2005 a l'Hotel Melià de Sevilla. La reunió té com a objectiu ajudar a aconseguir un fòrum adequat i d'alt nivell científic on poder actualitzar els coneixements mèdics, afavorir l'intercanvi d'experiències i potenciar el paper integrador del col·lectiu de

PASSA A LA P. SEGÜENT



VE DE LA P. ANTERIOR

professionals de la medicina interna a l'hora d'enfrontar-se a pacients amb riscs cardiovasculars en la pràctica clínica diària. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la primera causa de mortalitat s'ocasiona per malalties cardiovasculars. El procés subjacent és l'arteriosclerosi, malaltia sistemàtica de múltiples manifestacions que afecta diferents òrgans i sistemes i que implica un elevat nombre d'especialistes en l'atenció d'aquests pacients.

Atès el caràcter integrador i global de la medicina interna, l'internista és una figura clau per facilitar una atenció integral a aquests malats, ja que coordina les diferents especialitats implicades en aquesta patologia.

La Dra. Carmen Suárez Fernández, coordinadora del Grup de Risc Vascular de la Fundació Espanyola de Medicina Interna és la coordinadora de tota la reunió.

Els ponents de les conferències d'aquestes jornades són metges de prestigi nacional i internacional de medicina interna d'hospitals de gran prestigi de tot l'estat espanyol.

Els organitzadors de l'acte imposen, com a condició imprescindible, la corresponent acreditació de formació continuada per a la reunió, per tant, es passarà un control assistencial presencial superior al 80% del temps total.

La pàgina web www.fesemi.org ofereix tota la informació necessària perquè els professionals que ho desitgin puguin consultar el programa i el procediment d'inscripció a la reunió.

XXXI Jornades Nacionals de Socidrogalcohol

La Societat Científica Espanyola d'Estudis sobre l'Alcohol, l'Alcoholisme i altres Toxicomanies organitza les XXXII Jornades

Més de 100 esportistes participen en la jornada sobre dopatge en l'esport

Més de 100 joves esportistes van participar el passat octubre en la Jornada Tècnica sobre Dopatge, Ajuts Ergogènics i Alimentació en l'esport, que organitzava el Consell Català de l'Esport amb la col·laboració del Col·legi de Metges de Lleida, l'INEFC i la Universitat de Lleida, entre altres entitats. La jornada va tenir lloc al Departament de Cultura i els ponents foren els Drs. Josep A. Gutiérrez, Joan Vives i Fernando Pifarré, especialistes en medicina de l'educació física i de l'esport.

El Dr. Josep A. Gutiérrez, màxim responsable de la medicina de l'esport a la Generalitat de Catalunya i metge del FC Barcelona, va centrar la seva conferència en l'augment de casos de dopatge que es van produir en els darrers jocs olímpics d'Atenes. El Dr. Gutiérrez considera que aquest augment és relatiu, ja que la veritable causa de l'increment de resultats és la millora dels mitjans de detecció.

Aquest conferenciant es va referir també a la pròxima penalització de la píndola anticonceptiva

Nacionals de Socidrogalcohol, que se celebraran al Pavelló de Fires i Congressos de Ciudad Real, del 24 al 26 de febrer de 2005.

L'objectiu de les jornades és intentar cercar fórmules a les diverses patologies que resulten de les diferents addiccions per aconseguir guies de pràctica clínica basades en les evidències disponibles i en les recomanacions dels experts.

Aquestes jornades prete-



Els quatre ponents de la jornada

en les esportistes d'elit, ja que serà considerada dopant perquè bloqueja les hormones femenines i potencia les masculines. El Dr. Gutiérrez va finalitzar la seva exposició fent una crida a favor que el dopatge esportiu s'inclouï en el Codi Penal espanyol, tal com passa a Itàlia i a França.

El Dr. Joan Vives, metge del Consell Català de l'Esport a Barcelona i del Club Natació Sabadell, va basar la seva exposició en els productes potencialment ergogènics i el seu mecanisme d'acció en l'àmbit fisiològic. Segons el Dr. Vives, hi ha una àmplia llista de substàncies ergogèniques i el sistema actual s'ocupa de considerar dopant cadascuna d'elles quan es demostra que efectivament funciona com a tal.

El Dr. Fernando Pifarré, metge del Consell Català de l'Esport a Lleida, va parlar sobre els diferents

tipus de ració alimentària per als esportistes. La dieta hipercalòrica es recomana per a racions d'entrenament, ja que determina un estat de forma òptim en l'esportista. La dieta hipocalòrica dona resultats discretament millors en les racions d'aliments consumides en les competicions.

El Dr. Pifarré va recomanar un espai de temps superior a tres hores des de la ingestió d'aliments i el moment de la competició. Després de la competició, cal fer una dieta nutritiva suau i sense gaires proteïnes per recuperar el procés digestiu i compensar l'agressió física que la tensió produeix en l'esportista d'elit.

Dr. Fernando Pifarré San Agustín, responsable del Centre de Medicina de l'Esport de Lleida del Departament de Previsió. Generalitat de Catalunya

nen tractar la temàtica des d'àmbits multidisciplinaris a causa de la complexitat del problema, tant en els seus matisos diagnòstics com terapèutics.

La societat organitzadora permet la presentació de comunicacions per incloure-les a la revista *Adicciones*, que s'entregarà a tots els assistents a les jornades.

Les comunicacions han d'enviar-se a la Secretaria tècnica abans del 20 de desembre d'enguany, amb

una extensió màxima de 500-700 paraules. La correspondència ha d'indicar si es desitja que la presentació sigui oral o pòster.

Els professionals que desitgin més informació poden adreçar-se a la Secretaria de las jornades: C/ Magallanes, 36. 39007 Santander





Tel.: 902 116 513
Es pot visitar també la pàgina web de l'associació: www.socidrogalcohol.org



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

Som **eficaços**


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

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

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

adeslas
ASSEGUANCES DE SALUT



canvi per naturalesa

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



MutualMèdica



COL·LABORACIÓ PER NATURALES A AMB EL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

901 215 216
www.mmcb.es
infomutual@mmcb.es