



Metges i periodistes debaten sobre la informació sanitària



«Fa uns mesos vaig tenir un accident amb el meu cotxe que va necessitar una reparació important. Sort que tenia contractada l'assegurança del cotxe amb la corredoria del Col·legi. De seguida em van oferir un cotxe de substitució gratuït i, a més, un assessor personal em va ajudar a tramitar el sinistre».

Dr. Òscar Cubells
Terrassa. 41 anys

El conduïm pel millor camí

MediMotor és l'assegurança que li ofereix una cobertura d'alt nivell en qualitat i prestacions: cobertures en millora contínua, assessorament especialitzat i el millor servei en cas de sinistre.

Demani el pressupost del seu vehicle al 902 113 667 o a les oficines del seu Col·legi. També ho pot fer a través del web www.med.es o via correu electrònic a medicorasse@med.es.

MEDICORASSE
CORREDORIA D'ASSEGURANCES

Informi-s'en al seu Col·legi
o trucant al telèfon
902 113 667
www.med.es

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE
LLEIDA
COML

BUTLLETÍ mèdic

Número 81, març del 2010

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

Consell de Redacció:

Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matías-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Baldo Corderoure

Correcció: Torsitrad

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 inserció (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

Millorar la informació sanitària

Només una part de la població mundial gaudeix de llibertat de premsa i d'expressió. Els ciutadans que l'hem guanyat tenim el compromís ètic de fer prevaler la veritat i el dret i el deure d'explicar-la.

La medicina i la salut generen, actualment, una gran quantitat de notícies. La majoria són positives, reals i rigoroses, però també se'n difonen de desmesurades, errònies i interessades.

Desacreditar el missatger o adoptar actituds victimistes davant d'informacions sanitàries incorrectes pot ser una resposta còmoda, però estèril. La complexitat del procés de comunicació en un món global requereix reflexió, acords i prudència per part dels diferents actors que hi intervenen.

Per aquest motiu, el Col·legi Oficial de Metges de Lleida va organitzar una taula rodona amb representants de diferents mitjans de comunicació. Es tractava d'examinar l'elaboració de la informació sanitària des de l'òptica dels metges i des de la dels periodistes.

Els representants de totes dues professions van coincidir en la conclusió final: crear espais de diàleg entre els dos sectors millorarà la relació i, sobretot, promourà una informació sanitària de qualitat, amb un contingut fiable contrastat en cada moment pels professionals més qualificats.

Ara els dos col·lectius professionals han de passar, en l'àmbit local, de les paraules als fets. Metges i periodistes ja hem explicitat públicament la nostra voluntat de millorar la informació sanitària en benefici dels ciutadans.



SUMARI

El Rotary Club Lleida rep el VIII Premi a la Solidaritat del COMLL

La presidenta del Col·legi, Dra. Rosa Maria Pérez, va lliurar el premi a l'entitat lleidatana pel projecte *Oli solidari* per a la vacunació de la pòlio. **06**)))

Nova Unitat de Trastorns per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat a Lleida

Lleida posa en marxa la nova unitat per donar una resposta integral als pacients amb TDAH. **10**)))



Metges i periodistes debaten sobre la informació sanitària

Fotografia portada: LAURENT SANSEN



Col·legiats que van assistir a l'assemblea

Assemblea anual ordinària del COMLL

El passat dia 23 de març de 2010 es va celebrar a la seu col·legial l'assemblea anual ordinària de col·legiats.

En primer lloc, es va aprovar l'acta de l'assemblea de l'any anterior i es va fer un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, Rosa Maria Pérez Pérez i Carles Querol Vela van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats, que va merèixer l'aprovació dels assistents.

Es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici 2009.
2. Aprovació del pressupost del 2010.

El tresorer, Josep Pifarré, va informar del contingut dels documents anteriors i va lliurar prèviament als assistents còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària del 2009, així com del projecte de pressupost per al 2010.

3. De les seccions col·legials actualment en funcionament, es va tractar dels assumptes següents:

- Aprovació de la liquidació del pressupost del 2009.
- Aprovació del pressupost de l'any 2010.

4. S'aprova per unanimitat la inclusió dins de la quota col·legial de l'import de l'aportació a la Fundació Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias.

Totes les propostes presentades van ser aprovades pels assistents a l'assemblea.

A continuació, es va procedir al lliurament del diploma (col·legial i del Consejo General) i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics des de la darrera assemblea i que han estat els següents: Julio Antonio Ramos Nández,



D'esquerra a dreta, Dr. Querol, Dra. Pérez i Dr. Josep Pifarré

Pressupost 2010	
INGRESSOS	
Venda d'impresos	31.820,00
Subvencions	2.000,00
Altres ingressos de gestió	696.821,78
Ingressos financers	24.295,38
Beneficis/Ingressos excepcionals	150,00
TOTAL INGRESSOS	755.087,16
DESPESES	
Adquisició d'impresos	8.100,00
Variacions d'existències	4.000,00
Serveis exteriors	413.887,16
Tributs	41.000,00
Despeses de personal	259.000,00
Dotació amortitzacions	29.100,00
TOTAL DESPESES	755.087,16

Ana Isabel Aviñó Lafont, Tomás Martínez Salavera, Josep Maria Rubí Esteve i Jaume Pastor Trepal.

L'assemblea anual va finalitzar amb el lliurament del VIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a Rotary Club Lleida pel seu projecte *Oli solidari* per a la vacunació de la pòlio, dins de la campanya PolioPlus, de Rotary Internacional.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), en les sessions ordinàries del 26 de gener de 2010 i del 16 de març de 2010, ha acordat i tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha acordat prorrogar un any més els serveis del despatx d'advocats Simeó Miquel i Associats com a assessors jurídics del Col·legi.

- El Consejo General de Colegios Médicos ha programat per a mitjan abril el II Congrés de la Profesió Mèdica d'àmbit nacional, en el qual participarà activament el COMLL.

- S'han incrementat les taxes de responsabilitat civil dels metges amb l'objectiu de reduir l'augment del cost de l'assegurança de responsabilitat civil col·legial en la propera renovació. Per fer-ho, s'ha contractat un dipòsit bancari amb la companyia HDI.

- El passat 10 de març es va celebrar a la seu col·legial una taula rodona sobre actualitat informativa i professió mèdica, que va comptar amb la presència, entre altres, de directores de mitjans informatius locals.

- S'ha canviat la fotocopiadora perquè ha finalitzat l'anterior contracte de renting. El nou aparell té més prestacions tècniques.

- Formació continuada: el proper 8 d'abril s'iniciarà el *Curs d'actualització en el laboratori clínic*, aplicació pràctica, que organitza el COMLL i l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida. El programa, que finalitzarà el 17 de juny, ha obtingut l'acreditació corresponent i la declaració d'interès sanitari.

- S'ha finalitzat la distribució de la signatura electrònica col·legial en l'àmbit d'Atenció Primària amb el seu lliurament als col·legiats de la Val d'Aran.

- S'han iniciat els estudis tècnics i econòmics per remodelar la sala d'actes del Col·legi.

Moviment col·legial dels mesos de gener i febrer

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat, durant el mes de gener i febrer de 2010, 7 baixes i 10 altes: Laura Martínez Villalta (n. 4419), Vadym Fadyeyev (n. 4420), Leonardo Pablo Ayala (n. 4421), Laia M. Pérez Tapia (n. 4422), Andriy Matlayev (n. 4423), Patricia Huelin Álvarez (n. 4424), Ana Troncoso Gil (n. 4425), Sara Porta Acosta (n. 4426), Jessica Molina Seguí (n. 4427) i Núria Muñoz López (n. 4428). El COMLL tanca el mes de febrer amb un total de 1.668 col·legiats.

El COMLL estrena la Secció de Medicina del Treball

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha estrenat una nova secció de Medicina del Treball. La presidenta del Col·legi, Rosa Maria Pérez, va presentar, el passat 17 de desembre, els membres de la Junta de Govern de la nova secció.

En l'acte d'inauguració de la Secció de Medicina del Treball, la seva presidenta, Montserrat Puiggené, va explicar el procés de creació de la nova secció i els objectius i compromisos. Seguidament, Joan Grau, vocal de la nova Junta, va presentar el web www.metgesdeltreball.cat, una eina d'informació, interacció i opinió per als membres de la secció.

Posteriorment, Dolors Solé, especialista en Medicina del Treball i presidenta de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut a la Feina (ENWHP), va impartir la conferència *La Medicina del Treball al segle XXI*, en què va exposar la realitat, els reptes i les necessitats dels especialistes d'aquesta modalitat. La Dra. Solé va parlar, entre altres punts, de les funcions dels sanitaris en la Medicina del Treball, dels factors de risc i de pronòstic de les malalties professionals, dels punts forts i febles de l'organització actual de la prevenció de riscos laborals i de la necessitat que existeixi un equilibri entre l'estat de salut i benestar dels treballadors i treballadores i la productivitat i competitivitat de les organitzacions laborals. La Dra. Solé va afirmar que la missió de la Medicina del Treball al segle XXI és promoure la salut dels treballadors i de les treballadores i fer de la feina una font de salut. L'acte d'inauguració va cloure amb un refrigeri per a tots els assistents.



La Dra. Pérez presenta la secció



Dra. Solé en la seva intervenció



Assistents a l'acte d'inauguració de la nova secció

El Rotary Club Lleida rep el VIII Premi a la Solidaritat del COMLL

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va atorgar el VIII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari al Rotary Club Lleida pel projecte *Oli solidari* per a la vacunació de la pòlio. El lliurament del premi va tenir lloc el passat 23 de març a la seu del Col·legi.

La pòlio, que també es denomina poliomyelitis, és una malaltia contagiosa i històricament devastadora que va ser eradicada a l'hemisferi occidental durant la segona meitat del segle XX. La poliomyelitis ha afectat els éssers humans des de l'antiguitat. El brot més important, però, va sorgir la primera meitat del segle XX, abans que la vacuna creada per Jonas Salk fos de fàcil accés a partir del 1955.

El 1952, en plena epidèmia de la pòlio, es van registrar gairebé 60.000 casos i més de 3.000 morts només als Estats Units. No obstant això, amb la difusió de la vacuna, la poliomyelitis salvatge, o pòlio produïda per infecció natural, es va eradicar als Estats Units el 1979 i a l'hemisferi occidental, el 1991.

Actualment, només queden reserves del virus a l'Àfrica subsahariana i al sud d'Àsia. L'eradicació de la pòlio és possible gràcies a l'existència de les vacunes que immunitzen per a tota la vida i al fet que la malaltia afecta exclusivament els humans. Un ambiciós programa de vacunació va fer possible el 1997 que el 82% dels nens del planeta quedessin immunitzats.

Encara que durant les dues últimes dècades s'hagi reduït el nombre de casos de pòlio en un 99%, el virus, que causa paràlisi, segueix present en quatre països: l'Afganistan, l'Índia, Nigèria i el Pakistan.

Campanya PolioPlus de Rotary Internacional

L'organització Rotary International ha realitzat una campanya de recaptació i de vacunació massiva als països on la pòlio és endèmica per contribuir a la seva eradicació.

Les quatre estratègies clau de Rotary per interrompre la transmissió del virus de la pòlio són:

Vacunació de rutina: alta cobertura en la vacunació de bebès, amb l'administració de quatre dosis de la vacuna oral antipòlio durant el primer any de vida. Les immunitzacions rutinàries són essencials, perquè són el principal mètode utilitzat per protegir els nens dels països lliures de pòlio contra l'amenaça de la seva importació.



La presidenta del Col·legi, Dra. Rosa Maria Pérez, va lliurar el premi

Jornades nacionals de vacunació (JNV): el programa PolioPlus de Rotary ha estat durant dècades un dels impulsors de les Jornades Nacionals d'Immunització. Els membres de l'entitat participen de moltes maneres, abans, durant i després de les JNV, per proporcionar fons per a milions de vacunes, promoure les campanyes futures a les comunitats, distribuir la vacuna als centres de salut locals, assumir tasques com a monitors, col·laborar amb els funcionaris locals per vacunar tots els infants i participar en les tasques de vigilància.

Vigilància: els membres de Rotary compleixen una funció important col·laborant amb els treballadors de la salut, pediatres i altres professionals per situar, informar i investigar. El programa PolioPlus ajuda a finançar l'adquisició de contenidors que garanteixin la viabilitat de les mostres de femta durant el transport als laboratoris. Aquest programa també ha estat crucial per subministrar el material amb l'objectiu d'equipar els laboratoris amb els mecanismes de la lluita mundial contra el virus de la pòlio.

Campanyes d'escombratge: Rotary dona suport a les campanyes d'escombratge de forma similar que a les tasques voluntàries que realitza durant les JNV, però en menor grau, moltes vegades acudint casa per casa. Les generoses aportacions al programa

PolioPlus ajuden a finançar aquestes activitats i ens acosten a l'eradicació de la pòlio.

Participació del Club Rotary Lleida

El Club Rotary Lleida va posar en marxa l'any passat la venda d'oli solidari per tal de participar d'una manera important en la recaptació de fons per eradicar la pòlio. La iniciativa consisteix en la distribució d'un oli, amb denominació d'origen Les Garrigues, a través dels clubs de Rotary de tot Espanya. Una part del preu d'aquest producte es destina al fons solidari per eradicar la malaltia.

El lema de la campanya és *Un litre d'oli = a una vacuna*. La cooperativa productora ha subministrat l'oli amb un descompte especial, de manera que amb aquesta acció s'ha aconseguit que, sense augmentar el preu, es pugui consumir un producte de qualitat i alhora participar activament en la campanya d'eradicació de la pòlio que ha endegat Rotary. El club s'encarrega de la promoció, etiquetatge i distribució de l'oli.

D'altra banda, perquè la gent de Lleida pugui col·laborar en aquest acte solidari, la distribució a la ciutat s'ha realitzat a través de la cadena de supermercats Plus-Pujol amb les mateixes condicions.

Jornada d'Actualització de Factors de Risc de la Malaltia Vascul

La X Jornada d'Actualització de Factors de Risc de la Malaltia Vascul, que va organitzar la Unitat de Factors de Risc Vascul de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, es va celebrar el passat 27 de febrer a l'Aula Magna del Campus de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. La trobada va comptar amb el suport científic de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial i de la Societat Espanyola de Medicina Interna. L'objectiu va ser actualitzar els coneixements en la prevenció de les patologies vasculars més prevalents en el nostre entorn sanitari i crear un fòrum d'opinió per tal de compartir l'experiència assistencial i investigadora.

El Dr. Ramon Jové, director territorial de la Salut Pública a Lleida, i el Dr. Jaume Capdevila, director assistencial de l'Hospital de Santa Maria, van inaugurar la jornada. El Dr. Torres, cap de secció del Servei de Medicina Interna, va moderar la primera taula rodona, i el Dr. Camafort, internista de l'Hospital de Móra i president de la Secció de Factors de Risc Vascul de la Societat Espanyola de Medicina Interna, la va presentar. Aquesta taula va tractar la importància de la hipertensió arterial com a causa d'insuficiència cardíaca i del fet que molts pacients amb aquesta patologia presenten xifres elevades de la pressió arterial (PA) durant el període nocturn. El Dr. Armario, president de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial, va informar que no hi ha estudis que demostrin que reduir la PA per sota de 130/80 mm apporti beneficis en la reducció d'esdeveniments cardiovasculars. El Dr. Armario va dir que s'aconsella l'inici precoç del tractament hipotensor utilitzant la teràpia combinada sobre tots els IECA o ARA II juntament amb un calciantagonista, i deixar el diürètic com a tercer fàrmac per associar. Quant a la hipertensió resistent, es pot obtenir control afegint espironolactona a dosis baixes en el tractament hipotensor.

El Dr. Sacristán, internista de l'Hospital de Santa Maria, va moderar la segona taula rodona, en què el Dr. Losfablo, endocrinòleg de l'Hospital de Calataiud, va actualitzar el concepte de la síndrome metabòlica, que es considera un estat d'insulinorresistència i hiperinsulinisme amb trastorns del metabolisme hidrocarbonat, xifres elevades de la pressió arterial, obesitat central i alteracions lipídiques amb

hipertrigliceridèmia, HDL baixes, LDL tipus B, augment dels àcids greixosos i lipèmia postprandial. La presència de la síndrome produeix més diabetis i més malaltia cardiovascular i per a un control són prioritaries la dieta i l'exercici físic. Seguidament, el Dr. Xavier Pintó, cap de la Unitat de Lípids de l'Hospital de Bellvitge, va realitzar una ponència sobre actualització en lípids. Pintó va informar que actualment els nivells de LDL acceptats com a control en els malalts diabètics són de 70 mg; que les partícules LDL petites i més aterogèniques estan relacionades amb la concentració plasmàtica d'Apo B, paràmetre que s'hauria d'utilitzar en la pràctica diària; que cal administrar estatines en tots els malalts d'alt risc de malaltia vascul i que la inducció de miopaties per les estatines està relacionada amb un polimorfisme genètic de la proteïna transportadora de l'estatina. També va presentar dos fàrmacs que han aparegut en el tractament de les dislipèmies, amb la rosuvastatina en el control dels lípids i de l'àcid nicotínic per millorar el control dels triglicèrids.

Posteriorment, es van dur a terme els tallers sobre casos clínics, nutrició, activitat física, diabetis i síndrome metabòlica, tabaquisme i valoració del risc cardiovascular, que van ser seguits amb gran interès per part de tots els participants.

En l'última taula de la jornada, moderada pel Dr. Bartolomé i la Dra. Sánchez, es van valorar els pòsters científics presentats i es va escollir com a millor pòster el del CAP de Balaguer, realitzat sobre un estudi de l'índex turmell-braç per valorar la presència de malaltia circulatoria en el malalt d'alt risc vascul.

L'organització d'aquesta jornada va cloure l'acte agraint la bona acollida i el suport rebut per part dels professionals sanitaris, els ponents, institucions com GSS, l'Institut Català de la Salut i la Universitat de Lleida, els CAP, especialment el de Mollerussa, representat pel Dr. Pena, la indústria farmacèutica, tots els components de la Unitat de Factors de Risc Vascul de l'Hospital de Santa Maria i tothom que durant els deu anys ha fet de la jornada un fòrum local per compartir coneixements i experiències en la prevenció de la malaltia vascul.

Dr. Jacint Cabau

Cap del Servei de Cardiologia de l'Hospital de Santa Maria de Lleida



Una de les taules de la jornada



Ponents de la jornada

I Jornada d'Actualització en el Diagnòstic i Tractament de la Fibromiàlgia

La I Jornada d'Actualització en el Diagnòstic i Tractament de la Fibromiàlgia va debatre la fisiopatologia i el tractament de la fibromiàlgia i va exposar la feina realitzada a les unitats de l'Hospital de Santa Maria. Un total de 230 persones van assistir a la trobada, que es va celebrar al Campus de Salut de la UdL el 5 de març passat.

La sessió va comptar amb les ponències de dos dels reumatòlegs que més investiguen i publiquen sobre la malaltia: Antonio Collado, metge de l'Hospital Clínic de Barcelona, i Cayetano Alegre, metge de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona. Posteriorment, es va dur a terme una taula rodona sobre la malaltia a càrrec de metges d'Atenció Primària.

Tot seguit, es va exposar el treball que es realitza a través de diferents tallers a les Unitats Especialitzades Hospitalàries (UEH) de l'Hospital de Santa Maria i de l'Hospital Clínic de Barcelona. Les UEH del Santa Maria van presentar el tractament educatiu que imparteixen a pacients amb fibromiàlgia en tallers de memòria, oci, gimnàstica, incontinència urinària i insomni. També s'imparteixen tallers d'informació sobre la malaltia per a familiars.

Dr. Lluís Rosselló

Coordinador de la Unitat de Fibromiàlgia i Fatiga Crònica de l'Hospital de Santa Maria de Lleida



Participants a la V Jornada de Tabaquisme

V Jornada de Tabaquisme: experiències en prevenció

La Unitat de Tabaquisme de l'Hospital de Santa Maria ha organitzat, per cinquè any consecutiu, una jornada sobre el tabaquisme, que va tenir lloc el 26 de febrer a la Facultat de Medicina de la UdL i va tractar sobre la prevenció. Ha comptat, a més, amb 190 inscrits.

Les anteriors jornades havien treballat els nous tractaments en la dependència del tabac, el paper de l'Atenció Primària i el tabac i el medi laboral. La jornada ha esdevingut un referent a tot Catalunya entre els professionals que tracten el tabac i la seva dependència.

Sebastià Barranco, director dels serveis territorials a Lleida; Joan Ribera, degà de la Facultat de Medicina, i Felip Infesta, gerent de Gestió de Serveis Sanitaris, han inaugurat la jornada. El primer bloc ha abordat la prevenció universal. Rosa Suárez, psicòloga clínica,

tècnica en prevenció de drogodependències i directora del Centre d'Estudis sobre Promoció de la Salut, ha parlat sobre *Una experiència de prevenció per a alumnes de sisè de primària*. Després, Josep Maria Suelves, psicòleg de la Subdirecció General de Drogodependències i membre de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut, ha tractat la *Prevenció del tabaquisme a l'escola, una proposta sostenible i respectuosa amb el medi*. Seguidament, Araceli Valverde, metgessa especialista en Salut Pública, ha presentat l'experiència *Classes sense fum*.

El segon bloc ha fet referència a la prevenció selectiva. Sònia Agustí, infermera, i Carme Coscolla, professora de Desenvolupament Comunitari i Metodologia de la Intervenció Social, han explicat la seva estada a l'IES Ronda de

Lleida amb motiu del Dia Mundial Sense Fum. A continuació, Concha Garcia, tècnica de prevenció de drogodependències a PDS, llicenciada en Psicologia i màster en Drogodependències, ha intervingut sobre el *Cine i tabac, la publicitat emmascarada adreçada a adolescents*.

En el tercer bloc, destinat a la prevenció indicada, Olaya García-Rodríguez, psicòloga i professora de la Universitat de Barcelona, ha exposat *La realitat virtual com a estratègia per a la millora dels tractaments del tabaquisme*. Posteriorment, Xavier Samper, metge i sotsdirector de l'Àrea d'Addiccions de l'Hospital de Santa Maria, i Vanessa Pera, membre del CAS de Drogodependències de l'Hospital de Santa Maria, han parlat de *La recaiguda a la recidiva. Una revisió del concepte*. L'acte ha finalitzat amb una conferència d'Amando Vega, catedràtic d'Educació Especial de la Universitat del País Basc, amb el títol *El tabac, nou reptes socioeducatiu*.

Sisco Abella

Psicòleg i especialista en toxicomanies

XII Jornades de Residents de Medicina Familiar i Comunitària de la CAMFIC de Lleida

La Universitat de Lleida acollirà, el proper 9 d'abril, les XII Jornades de Residents de Medicina Familiar i Comunitària que organitza la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Aquesta trobada se celebra cada any en una ciutat diferent de Catalunya.

Professionals de Lleida presentaran ponències en les jornades. Així,

Mari Cruz Urgelés i Carme Marquilles, metgesses de família de l'ABS Bordeta-Magraners i membres del Grup d'Alcohol de la CAMFIC, dirigiran el taller *Consulta i consum d'alcohol*. D'altra banda, Neus Nogués, treballadora social del CAP Primer de Maig, i les residents Pilar Escuer, del CAP Eixample, i Alba Marí, del CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant

Pere, dirigiran el taller *Com utilitzem els recursos socials?* Mireia Falguera, resident al CAP Pla d'Urgell, també col·labora en el taller *Entrevista motivacional breu en Atenció Primària*. Per acabar, el Dr. Eduard Peñascal, cap d'estudis de la Unitat Docent de Lleida, coordinarà la xerrada *Experiències de rotacions externes: realitat o mite?*, que clourà amb un torn obert de preguntes.

La jornada finalitzarà amb el lliurament de premis als millors resums presentats per residents de Medicina Familiar i Comunitària durant l'any 2010. Aquests resums poden ser treballs de recerca, casos clínics o experiències i propostes docents.

Más de 350 asistentes a la III Jornada de Acompañamiento al Duelo y Enfermedad

Más de 350 personas asistieron a la III Jornada de Acompañamiento al Duelo y Enfermedad. La jornada fue una iniciativa multidisciplinar que puso en contacto a diferentes profesionales que trabajan en el ámbito del acompañamiento al duelo y la enfermedad. El encuentro tiene repercusión en diferentes campos, como la salud mental, la atención primaria de salud, la educación, los servicios sociales, los ayuntamientos y consejos comarcales, asociaciones y entidades de voluntariado.

La jornada, que se celebró el pasado 12 de marzo en el Campus de Cappon de la Universitat de Lleida (UdL), fue organizada por la Facultad de Medicina de la UdL, Grups d'Acompañament al Dol de Lleida, la Coordinadora de Grups de Dol, la Fundació Acompanya Ca n'Eva, Sant Joan de Déu Lleida, el Centre Assistential Almacelles, el Servei de Salut Mental de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, l'Institut Superior de Ciències Religioses de Lleida (IREL) y la

Associació de Professionals Sanitaris Cristians (PROSAC).

El acto de inauguración de la jornada corrió a cargo del rector de la UdL, Joan Viñas; el director de los Servicios Territoriales de Salud, Sebastià Barranco; el responsable de PROSAC, Josep Pifarré; la regidora de Servicios Personales y Salud del Ayuntamiento de Lleida, Rosa Ball, y Anna Maria Agustí, en representación de Grups d'Acompañament al Dol de Lleida.

La Dra. Begoña Roman, profesora de filosofía de la Universitat Autònoma de Barcelona, pronunció la conferencia inaugural sobre aspectos éticos relacionados con la vida y la muerte e insistió en el deber ético del acompañamiento y el cuidado del paciente hasta el final. Posteriormente, la Dra. Anji Carmelo moderó una mesa redonda sobre los recursos para acompañar en el morir en la sociedad de hoy. José Carlos Bermejo, director del Centro Humanizar de Madrid, habló de la relación de ayuda en el acompañamiento en el duelo. Julián Sánchez,

psicólogo y miembro de la Unidad de Cuidados Paliativos de la Fundación San José de Madrid, trató el acompañamiento desde los cuidados paliativos, y Concepción Poch, filósofa y máster en Psicopedagogía, analizó el acompañamiento en el duelo desde la escuela.

La segunda parte de la jornada empezó con la ponencia de Mercè Castro y Rafael Ferreruela sobre experiencias de vida y de muerte. A continuación, se impartieron talleres simultáneos e interactivos. Anji Carmelo habló del perdón a la sanación. José Carlos Bermejo explicó el *counselling*. Pilar Mariné y Maria Teresa Jubero, del UFISS Hospital Arnau de Vilanova, expusieron los cuidados paliativos. Núria Rius y Mercè Queralt, de la Fundació Acompanya Ca n'Eva, trataron el acompañamiento en el duelo en niños. Julián Sánchez, psicólogo, debatió sobre el acompañamiento en el duelo en suicidios. Carme Serret, de la Fundació Acompanya Ca n'Eva, comentó los recursos literarios en el acompañamiento del duelo, y Ramón Martín, psicólogo de la Fundación San José de Madrid, dirigió el taller sobre los aspectos espirituales en el acompañamiento en el duelo.

La III Jornada de Acompañamiento al Duelo y Enfermedad es una importante experiencia en la reflexión y la profundización en nuestro medio a nivel de participación y de aportaciones de los ponentes.

II Jornada de Prescripción d'Exercici Físic en Patologies Cardiovasculars

Unes 70 persones van assistir, el 27 de febrer, a la II Jornada de Prescripció d'Exercici Físic en Patologies Cardiovasculars, que va organitzar l'INEFC Lleida i la Universitat de Lleida, en el marc del VI Màster de Ciències Mèdiques Aplicades a l'Activitat Física.

El Dr. Manel González, de l'Hospital de Santa Tecla de Tarragona, i el Dr. Xavier Peirau, de l'Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya de Lleida, van presentar els ponents de la trobada. Seguidament, el Dr. Joan Casanovas, cardiòleg de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, va parlar del paper de l'activitat física en programes de rehabilitació cardíaca. Després, el Dr. Jacint Cabau, cardiòleg de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, va explicar les influències de l'activitat física en la tensió arterial.



Organitzadors i ponents de la jornada

Posteriorment, la Dra. Araceli Boraita, cap del Servei de Cardiologia del Consell Superior d'Esports de Madrid, va tractar el tema de la compatibilitat de les valvulopaties, arrítmies cardíacques i marcapassos durant la pràctica de l'exercici físic. A continuació, el Dr. Ricard Serra, cardiòleg esportiu de l'Hospital de Sant Pau i responsable del Servei de Cardiologia de la Residència Blume i del CAR de Sant Cugat del Vallès, va exposar les malalties inflammatòries del miocardi en l'activitat

física. Finalment, la Dra. Maite Doñate, metgessa de l'Esport del Centre de Medicina Municipal de Granollers i del Servei de Cardiologia de la Residència Blume, va abordar el paper de l'activitat física en pacients afectats per una insuficiència cardíaca. La jornada va finalitzar amb una taula rodona entre tots els ponents.

Dr. Fernando Pifarré
Director del Centre de Medicina de l'Esport de Lleida



El Dr. Barranco va presidir la presentació

Nova Unitat de Trastorns per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat a Lleida

Lleida ha posat en marxa la nova Unitat de Trastorns per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH). La TDAH és fruit de la col·laboració entre el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Lleida (CSMIJ) Sant Joan de Déu Lleida, la Unitat de Neuropediatria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i el Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria. L'objectiu de la nova unitat és donar una resposta integral als pacients amb TDAH. La unitat es va inaugurar el 26 de febrer amb la presència del director dels Serveis Territorials de Salut, Sebastià Barranco, i el coordinador de la TDAH, Miquel Sisteré.

El trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat presenta una prevalença d'entre el 3 i el 7% de la població infantil i de l'1,8% en la població adulta. Aquestes dades manifesten una mancança en el diagnòstic. No tots els infants estan diagnosticats. Les xifres d'atenció a pacients amb TDAH se situen en un 1,2% de la població infantil. Però el nombre de diagnòstics és molt més baix entre els adults.

El diagnòstic del TDAH és clínic. Pot ser suficient una entrevista en què els pares aportin informació sobre el comportament del nen a la llar, complementada amb informació del seu professor sobre la conducta del nen a l'escola i l'observació del pacient a la consulta.

Les causes del TDAH són: herència (el 50% dels pares també pateixen

S'han constatat alteracions amb proves de neuroimatge, especialment a les regions frontals, nuclis de la base i cerebel. També s'ha relacionat amb alteracions de les vies dopaminèrgiques i noradrenèrgiques. A més, estudis neuropsicològics han evidenciat disfuncions executives.

La clínica que observem i permet el diagnòstic és la hiperactivitat —els nens han d'estar més quiets per l'edat que tenen—, la impulsivitat —no esperen el torn, interrompen i mai pensen les coses abans de fer-les— i la manca d'atenció —són nens despistats que estan per tot però per res en concret.

Les característiques que presenten els pacients són baix rendiment escolar i mal comportament. La intel·ligència és bona, però no poden rendir. Les nombroses frustracions i càstigs els acaben convertint en persones rebutjades pels companys i els pares. Això els provoca un baix concepte de si mateixos i un malestar que faciliten actes de violència o actituds disocials. Hi ha un grup diferent en el qual predomina la inatenció. Aquest grup és més freqüent en nenes.

El tractament del TDAH es realitza amb fàrmacs estimulants i no estimulants del SNC. Els estimulants actuen a la via dopaminèrgica. El metilfenidat és el més utilitzat, inhibeix la recaptació de la dopamina en l'espai intersinàptic i permet mantenir-la més temps per poder portar-se a terme la conducció nerviosa. Els no estimulants (atomoxetina, reboxetina) ajuden a la via noradrenèrgica.

Cal complementar el tractament farmacològic amb estratègies psicoeducatives als pares i psicopedagògiques

(TDAH), noxes que actuin durant l'embaràs o el part (anòxia, tabac, toxèmia gravídica, pes baix), després del naixement (intoxicacions, infeccions) i en l'àmbit psicosocial (desestructuració familiar).

La patogènia del TDAH és una alteració en el neurodesenvolupament.



D'esquerra a dreta, Dr. Sisteré, Dr. Pifarré, Dr. Barranco i Dra. Utgés

al professorat. El pronòstic és molt diferent si es tracta el trastorn. Si se'n realitza un tractament des de ben petits, els nens podran adquirir els coneixements adients i les habilitats socials.

La majoria dels adults que pateixen TDAH no han estat diagnosticats de petits o bé no han estat ben tractats, ja que és una patologia molt poc coneguda fins fa poc temps. Sembla que és un trastorn crònic i els adults també pateixen TDAH. En aquests casos hi ha menys alteració del moviment i la impulsivitat es pot controlar millor, però la manca d'atenció es manté i el rendiment en les tasques laborals està minvat. També tenen més tendència als accidents de trànsit i laborals i al consum de tòxics.

La nova unitat pren el pacient i la patologia com el centre i els diferents serveis giren al voltant per oferir un tractament integral, des de la infantesa fins a l'edat adulta. Amb una sospita inicial de TDAH, la derivació al CSMIJ de Sant Joan de Déu Lleida implicarà un diagnòstic acurat del trastorn i un tractament que es durà a terme amb el nen i els pares. Hi haurà un equip específic format per psiquiatres, psicòlegs i infermers i contactarà amb Ensenyament, ja que els professors han de conèixer el cas per afrontar millor la seva educació a l'aula. Els nens amb patologia neurològica afegida (epilèpsia, hidrocefàlia, alteracions cromosòmiques o del metabolisme) seran tractats per Neuropediatria dins el Servei de Pediatria de l'HUAV.

Els pacients majors de 18 anys s'atendran al Servei de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions de l'Hospital de Santa Maria. Allí es tractaran els nous casos, com els pacients que compleixin els 18 anys, i també es faran les valoracions dels pares i les mares de pacients amb TDAH en què se sospiti aquest trastorn. Una via d'entrada molt important és des de les addiccions, dins d'una nova unitat funcional de patologia dual.

El CSMIJ de Sant Joan de Déu Lleida, situat al carrer Bisbe Torres número 2, coordinarà tot el programa. Els pediatres dels CAP estaran en contacte amb el coordinador per a qualsevol dubte.

La nova unitat ja està en funcionament. El mes de febrer ha servit per començar a visitar pacients, ajustar els apartats que més endarrerits estaven i optimitzar el funcionament. Hi ha una guia editada del TDAH que es pot demanar al CSMIJ de Sant Joan de Déu Lleida o al coordinador de la unitat, Miquel Sisteré (msistere@comll.cat).

Dr. Miquel Sisteré Manonelles
Psiquiatre
Coordinador unitat TDAH
CSMIJ Sant Joan de Déu Lleida

Montse Esquerda i Anna Maria Agustí escriuen un llibre sobre la relació entre el nen i la mort

Les lleidatanes Montse Esquerda, pediatra i psicòloga, i Anna Maria Agustí, mestra i psicopedagoga, han escrit el llibre *El nen i la mort*, que explica com acompanyar els infants i els adolescents en la pèrdua d'una persona estimada. L'assaig està publicat per Pagès Editors.

La nostra societat viu d'esquena a la mort, la nega i l'amaga, especialment als nens i als adolescents. Ells, en canvi, en senten una gran curiositat i freqüentment formulen preguntes, encara que ben aviat aprenen a callar en veure que això incomoda els adults.

Com comenta Arnaldo Pangrazzi, el nen que viu amb la veritat és capaç d'afrontar la vida. La mort i la pèrdua formen part de la nostra existència quotidiana. Els adults protegim els nens quan en parlem i els ajudem a elaborar-les i situar-les, no quan les evitem. Ensenyar a morir és ensenyar a viure, però sobretot és ensenyar a viure d'una forma diferent, més conscient i responsable.

A més a més, el nen o el jove que han estat educats sense tenir en compte la mort es troben com naufrags enmig del dolor i de la incertesa, si els arriba la pèrdua en l'entorn

immediat. La mort d'un ésser estimat, el dolor que provoca als qui es queden i el dol que se'n deriva ens qüestionen i ens interpel·len. La majoria de processos de dol es desenvolupen dins de la normalitat. Per això no és aconsellable professionalitzar-los, ja sigui medicalitzant o psicologitzant el procés.

Aquest llibre pretén explorar l'univers del nen en relació amb la mort i les seves reaccions davant de la pèrdua d'una persona estimada. A més, ofereix eines per acompanyar-lo i ajudar-lo a elaborar el dolor i les emocions que li provoca, i dona pautes als familiars per detectar els dols patològics o signes de risc. L'assaig està adreçat als pares, als educadors, als pediatres, als metges i a totes aquelles persones que conviuen amb nens i adolescents, o amb famílies amb pèrdues en el seu entorn.

La presentació del llibre, que va tenir lloc el passat 4 de març a l'Institut Municipal d'Educació de Lleida, va anar a càrrec del rector de la Universitat de Lleida, Joan Viñas; el director de l'Institut de Ciències Religioses de Lleida (IREL), Ramon Prat; el director de Pagès Editors, Lluís Pagès, i les mateixes autores.

El Dr. Jorge Soler publica un assaig sobre la salut dels immigrants que viuen a Espanya

El Dr. Jorge Soler, metge de Família i professor de la Facultat de Medicina de Lleida, ha escrit un assaig titulat *¿Por qué lloran los inmigrantes? Sentirse enfermo lejos de casa*, de l'Editorial Milenio, en què desmenteix, amb dades contrastades, els tòpics més habituals sobre la salut dels immigrants i l'ús que en fan del sistema sanitari.

Així, per exemple, l'autor rebutja la tesi que els immigrants arriben malalts a Espanya i s'aprofiten de la sanitat pública. La majoria d'ells són joves i sans, que emigren del seu país d'origen amb l'objectiu de prosperar econòmicament. Per fer-ho, necessiten una

feina estable, motiu pel qual eviten les baixes laborals. Per la mateixa raó, van a les consultes mèdiques amb menys freqüència que la població autòctona, i quan els processos estan molt avançats, acudeixen a Urgències.

D'altra banda, l'existència de malalties infeccioses a Espanya prové majoritàriament dels autòctons i dels seus viatges exòtics a l'estranger. Per tant, la convivència amb els immigrants suposa el mateix risc de contagi que la convivència amb qualsevol altre col·lectiu de persones.

Jorge Soler explica aquestes qüestions i d'altres en un llibre que aporta informació completa i rigorosa sobre la salut dels immigrants que viuen a Espanya. A més, l'assaig està escrit en un llenguatge accessible per a tots els ciutadans que tinguin interès en aquest tema.

El regidor de Joventut de l'Ajuntament de Lleida, Oriol Yuguero; l'escriptora Rosa Fabregat; el director de l'Editorial Milenio, Lluís Pagès, i el mateix autor van presentar públicament el llibre el dia 3 del passat març. L'acte va tenir lloc a l'Institut d'Estudis Ilerdencs, a les 19.00 hores.

Exèresi total del mesorecte: un procés docent i auditat del tractament del càncer de recte a Espanya

Professionals sanitaris de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) duen a terme el Projecte Vikingo de tractament del càncer de recte. El programa es desenvolupa en diferents països europeus, a Espanya des de fa tres anys i a l'HUAV des de fa un any. El professor Héctor Ortiz, coordinador del projecte a Espanya i coordinador del Comitè Científic de l'Associació Espanyola de Cirurgians (AEC), va ser el convidat especial de la presentació del projecte, que va tenir lloc el passat dimecres 10 de febrer.

El cap del Servei de Cirurgia General de l'HUAV, Dr. Jordi Olsina, va obrir l'acte, i el Dr. José Enrique Sierra, membre de la Unitat de Coloproctologia i coordinador del Projecte Vikingo a l'HUAV, el va moderar. L'objectiu de la presentació va ser donar a conèixer el projecte, seleccionat per part de l'AEC

pels resultats obtinguts en quantitat i qualitat.

En síntesi, el Projecte Vikingo forma dos cirurgians colorectals, un patòleg i un radiòleg dels Comitès de Tumors Colorectals amb la voluntat d'estandarditzar el diagnòstic clínic, radiològic i anatomopatològic i la tècnica quirúrgica. Després, els resultats se sotmeten a una auditoria interna i externa. D'aquesta manera s'estandarditza l'excisió total del mesorecte, és a dir, l'exèresi del tumor amb el greix del mesorecte (zona per on es produeix la disseminació limfàtica de la lesió), tot obtenint el mesorecte amb la seva fàscia envoltant íntegra (fàscia mesorectal) i un marge circumferencial de més d'un mil·límetre lliure de tumor. Aquesta unificació ha demostrat -als països on es du a terme- que disminueix de manera important la taxa de recidives



locals i millora la supervivència lliure de malaltia en cinc anys.

Durant la presentació, el Dr. José Enrique Sierra va destacar la importància de la participació multidisciplinària dels Comitès de Tumors. Després, la Dra. Anabel Gil, de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge de l'HUAV, va deixar palesa la imprescindible informació aportada pel diagnòstic per la imatge amb la RMN per realitzar un adequat estadiatge del càncer de recte mitjançant la classificació TNM. A continuació, el Dr. Jordi Tarragona, del Servei d'Anatomia Patològica, va destacar l'avaluació



estricta de les peces quirúrgiques per assegurar la qualitat de resecció del mesorecte, que sovint és responsable de les recidives. Després, el professor Ortiz va explicar com els criteris establerts per la incorporació d'un equip en el Projecte Vikingo es tradueixen en una millora de la supervivència lliure de malaltia i la disminució de recidives en el càncer de recte. La millora de l'habilitat quirúrgica, el diagnòstic per tomografia computeritzada i la ressonància magnètica, l'estudi anatomopatològic de les peces, el treball multidisciplinari i l'auditoria de les dades a escala nacional són peces fonamentals per aconseguir aquest objectiu.

Finalment, el Dr. Jordi Olsina va cloure l'acte i va felicitar la Unitat de Coloproctologia, que dirigeix el Dr. Antonio Ferriñán, i el Comitè de Tumors Colorectals per l'esforç que estan realitzant en els darrers anys i que s'ha manifestat en importants canvis en els resultats del tractament del càncer de recte a l'HUAV.

Dr. Jordi Melé
Dr. Fernando Herrerías
Dra. Cristina Gas
MIR Cirurgia General i de l'Àpex Digestiu
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Joan Ribera seguirà com a degà de la Facultat de Medicina de la UdL

La Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) va reelegir Joan Ribera com a degà en les eleccions del 2 de març passat. El resultat dels comicis va ser de 29 vots a favor, 9 en blanc i 20 abstencions. Joan Ribera, que ocupa el càrrec des de l'any 2007, és professor de Biologia Cel·lular a la UdL i doctor en Biologia per la Universitat de Barcelona. Actualment, treballa en el disseny d'estratègies i eines docents relacionades amb l'adaptació de la Biologia Cel·lular a l'Espai Europeu d'Educació Superior. L'equip directiu de la Facultat de Medicina el completen Rosa Martí, vicedegana; Montse Rué, vicedegana; Manel Portero, cap d'estudis, i Javier Trujillano, secretari.



Joan Ribera



Comitè de Tumors Colorectals de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs.

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà.

Truca ARA i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

Metges i periodistes debaten sobre l'origen, l'elaboració i la difusió de les notícies mèdiques

Evidencien la necessitat de crear espais de diàleg per millorar la informació sanitària

Cal definir i regular l'elaboració i difusió de notícies sanitàries? Només els experts —professionals de la medicina, en aquest cas— garanteixen la transmissió adequada de la informació? La deformació o manipulació dels continguts és atribuïble als mitjans de comunicació? Metges i periodistes lleidatans van debatre aquestes qüestions candents i van concloure que convé crear espais de diàleg entre les dues professions per millorar la informació sanitària.



Dra. Puig, presidenta de la Comissió d'Ètica



D'esquerra a dreta, Josep Lluís Cadena, Roser Perera, Joan Cal, Dr. Ramon Mur i Dra. Teresa Puig

La taula rodona *Actualitat informativa i professió mèdica*, que va organitzar el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), va tenir lloc el 10 de març a la seu col·legial. Els participants van ser la Dra. Teresa Puig, presidenta de la Comissió de Deontologia del COMLL; Josep Lluís Cadena, president de la demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes i director de Ràdio Lleida-Cadena SER; Roser Perera, delegada de Catalunya Ràdio a Lleida, i Joan Cal, director executiu del Grup Segre. El Dr. Ramon Mur, vicepresident del COMLL, va moderar el debat.

El Dr. Mur va introduir l'acte amb una referència a la importància de les notícies mèdiques en la societat actual. "Una societat que es caracteritza pel culte a la bellesa i l'hedonisme i que oblidava la malaltia i la mort", segons va apuntar el moderador. En aquest marc, va defensar la necessitat d'establir una relació cordial entre metges i periodistes, "cronistes de les nostres

vides", en benefici de la qualitat de les notícies.

Dra. Teresa Puig

Amb la voluntat "d'intentar crear un espai de comunicació" entre professionals de la salut i de la informació, la Dra. Teresa Puig va reflexionar públicament sobre les notícies mèdiques des del vessant deontològic. Després de recordar el canvi que hi ha hagut en la relació metge-pacient, que ha passat d'un model paternalista a un model participatiu, es va referir al dret dels pacients a l'autonomia i a la informació: "El pacient, per opinar, necessita estar informat." En aquest sentit, va destacar que l'accés a les notícies també ha sofert un canvi substancial amb l'aparició d'Internet, ja que la informació especialitzada deixa de ser un privilegi dels metges. El risc, però, radica en la "manca de filtratge de les notícies mèdiques",

que posen a l'abast de la ciutadania "continguts sense la fiabilitat desitjable".

La Dra. Puig va manifestar la seva preocupació perquè "la transmissió de la informació es troba en mans de professionals no experts" en els mitjans de comunicació convencionals. La urgència en l'elaboració dels textos, la manca de filtres de qualitat i un rigor insuficient provoquen, entre altres causes, la tramesa de notícies inadequades.

"El dret a estar informats es posa en perill per la vulnerabilitat i la possibilitat de manipulació dels mitjans", va dir la ponent. Basava la seva afirmació en el fet que l'interès genuí i lícit de la població pels temes de salut està influenciat per l'impacte dels mitjans, que tenen capacitat per induir conductes i canviar els hàbits. En aquest punt, va plantejar si convindria definir i regular la tramesa de la informació sanitària.

Després de recordar les característiques que ha de tenir una notícia (verídica i no enganyosa, rigorosa, clara, prudent, sense promoure falses expectatives o necessitats de productes i serveis sanitaris, etc.), va parlar del que és exigible per part dels metges i del que ho és per als periodistes en la transmissió de la informació. Tot i que els codis deontològics de les dues professions tenen articles coincidents en aquest tema, la Dra. Puig va manifestar "el temor dels metges cap als mitjans pel poc rigor i l'espectacularitat que, com a experts, trobem en les notícies".

La manca de confidencialitat sobre la identitat dels facultatius encausats per suposades negligències o la publicació de crítiques no contrastades "afecten l'honorabilitat dels metges i vulneren el principi d'innocència", va advertir la ponent. A més, va afegir que "no farà concessions en aquest tema" i que "el

periodista ha de fugir de les múltiples influències i interessos que conflueixen en l'àmbit sanitari”.

La Dra. Puig va finalitzar la seva aportació amb la frase: “Cal buscar ponts de diàleg entre metges i periodistes. D'aquesta manera, les notícies serien més rigoroses i els periodistes, amb la col·laboració dels metges, les contrastarien amb més facilitat.”

Josep Lluís Cadena

Josep Lluís Cadena va començar la seva intervenció amb la afirmació: “Els periodistes sabem una mica de tot, però no som especialistes en res, motiu pel qual necessitem fonts rigoroses que ens ajudin.” Seguidament, com a prova que la medicina és d'interès general, va enumerar un seguit de sèries televisives i pel·lícules que des de fa 40 anys tenen els metges i els hospitals com a protagonistes.

Així mateix, va constatar que la medicina ha utilitzat, directament o indirectament, i intencionadament o no, tots els canals de comunicació (Internet, publicitat, cinema, etc.) per transmetre els seus missatges. Els mitjans “fins i tot organitzem maratons solidàries que destinen diners a la investigació i que divulguen malalties desconegudes”, va afegir.

Cadena, després de recordar que el codi deontològic dels periodistes també exigeix tenir rigor en l'elaboració de notícies, va posar l'exemple de la informació sobre la grip A. Els mitjans “hem mesurat molt acuradament les nostres paraules per no disparar l'alarma social”, va assegurar, tot esmentant que el paper dels periodistes s'ha situat “més enllà d'altres interessos”.

Va qualificar els professionals de la comunicació “d'investigadors de mena”, que acudeixen sistemàticament a les fonts sanitàries i se situen davant les informacions “sempre des de la responsabilitat i el rigor”. Cadena va admetre que hi ha excepcions dins la professió, de la mateixa manera que algun metge/vedet figura en la nòmina de col·laboradors d'algun mitjà. “Ajudeu-nos a fer ciència, no ficció”, va demanar.

Roser Perera

Roser Perera va explicar als metges i a les metgesses assistents



Cadena, president del Col·legi de Periodistes a Lleida



Perera, delegada de Catalunya Ràdio

l'entrellat dels programes radiofònics: entre 30 i 40 segons per a les notícies, amb tall de veu inclòs, i 1 minut per als reportatges. En aquest curt espai de temps, “intentem ser rigorosos”, va assegurar.

“Les condicions necessàries per comunicar millor, tant els periodistes com els metges, són bons talls de veu, evitar discursos farragosos, utilitzar un llenguatge planer i tenir capacitat de síntesi”, segons Perera. Per contra, la utilització d'un llenguatge purista, excessivament tècnic, comporta que “ni el periodista ni els oïdors s'assabentin de res”.

La periodista va plantejar què podria fer el Col·legi de Metges per millorar la informació sanitària. Les seves propostes van ser facilitar

contactes amb la Junta de Govern, proporcionar el telèfon d'especialistes als qui es pugui consultar, organitzar cursos formatius per a periodistes i trametre als mitjans la relació de congressos previstos. Perera va reclamar l'opinió del COMLL en temes punyents com la clàusula de consciència en la pràctica d'avortaments o la prescripció a càrrec d'altres professionals de la salut.

Joan Cal

“Qui ha provocat el major acte d'alarmisme social en els darrers anys? L'OMS, no els periodistes”, va manifestar Joan Cal, després de demanar “un exercici de sinceritat



Cal, director executiu Grup Segre

de tots plegats”. “Tampoc els periodistes han tingut res a veure amb els interessos que han fet comprar una vacuna no utilitzada posteriorment”, va dir.

El ponent va assenyalar Internet, un instrument tecnològic, com el responsable del canvi de relació entre els mitjans i la salut. Tot seguit, va parlar dels diferents mitjans de comunicació: els informatius, que traslladen fets i intenten fer-ho

objectivament; els d'entreteniment convencional, que no enganyen ningú perquè alerten sobre el seu objectiu, i el pseudoperiodisme i els blocs pseudocientífics, que donen com a fets supòsits i qüestions demostrades o incertes.

“La relació dels periodistes amb els metges i la sanitat és polièdrica, ja que correspon a diferents concepcions de la informació. Així, per exemple, els investigadors tenen poc interès per publicar o sortir als mitjans convencionals, perquè no els reporta reconeixement ni beneficis professionals i científics. Pel que fa als gestors de la política sanitària, interpreten que les queixes afecten la qualitat de la gestió i, per tant, la professionalitat dels metges”, en paraules de Cal.

Joan Cal va constatar el canvi en la percepció social dels metges i el procés de proletarització viscut per la professió. Als anys 80, es va acabar la relació de paternalisme amb el pacient, van començar les denúncies per negligències mèdiques i els mitjans se'n van fer ressò. Ara s'ha passat fins i tot a les agressions al personal sanitari.

Pel que fa a la difusió de notícies negatives protagonitzades per metges, Cal va manifestar que “és veritat que està en joc l'honorabilitat, però també hi ha instàncies judicials a les quals pot acudir el professional per defensar-se”. El ponent va assegurar que “amb les cauteles necessàries, el dret a la informació i a l'opinió primen sobre el dret a la imatge”.

L'única regulació de l'activitat periodística respecte a la informació

sanitària que Cal va acceptar va ser “el compliment del nostre codi deontològic”. En aquest sentit, va desitjar que “trobadres d'aquest tipus serveixin per regular un espai entre ambdues professions com a recomanacions —no com a normes— per arribar a acords puntuals”.

Joan Cal va coincidir amb Cadena i Perera a demanar una major disponibilitat dels metges a l'hora de contrastar una notícia i opinar sobre qüestions sanitàries. I va cloure la seva intervenció declarant que els periodistes “som capaços de fer arribar els fets a la gent d'una manera entenedora, de vulgaritzar-los, entesa aquesta expressió en el concepte de traslladar-los al *vulgo*”.

El debat

Un cop acabades les primeres intervencions dels ponents, el Dr. Ramon Mur va obrir un torn de paraules entre el públic assistent. Una de les opinions expressades va explicitar clarament el temor dels metges a les informacions sanitàries, perquè poden trencar la relació metge-pacient. També va sorgir de nou l'opinió que els mitjans contrasten insuficientment les notícies. El president dels periodistes lleidatans va respondre que “per contrastar o corroborar, us telefonem, però quan aixequem el telèfon no hi ha ningú”.

La conclusió final va ser, sens dubte, que és necessari establir una col·laboració entre les dues professions “pel bé de la població”, com va recollir el Dr. Mur.



Joan Cal conversa amb el Dr. Ramon Mur a l'inici de l'acte

Aspectes jurídics del menor madur

La gent creu que el paradigma segons el qual durant la minoria d'edat d'una persona els seus pares o tutors decideixen per ell és del tot cert. I, efectivament, és així, tal com disposen l'article 154 del Codi Civil espanyol i l'article 132 i els següents del Codi de Família de Catalunya, reguladors de la potestat paterna, que donen una norma segura per orientar les relacions amb els menors.

Tanmateix, en la mesura que s'ha desenvolupat la doctrina sobre la capacitat jurídica del menor segons la seva maduresa personal, s'accepta que les persones menors d'edat tenen capacitat d'obrar suficient per realitzar determinats actes jurídics, per la qual cosa es trenca la regla general exposada anteriorment.

Les lleis no són alienes a aquesta realitat, i l'article 162 del Codi Civil, immediatament després de la norma general sobre la representació dels menors d'edat, preveu que, de manera excepcional, puguin decidir per ells mateixos en determinats àmbits:

“Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan:

1º.- Los actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo.”

L'aplicació del règim excepcional, si s'admet l'actuació dels menors per ells mateixos, queda limitada als anomenats “drets de la personalitat” i es condiciona al compliment de dos requisits: l'existència d'una norma legal que prevegi aquesta actuació i que el menor tingui un grau de maduresa suficient per decidir.

Dit d'una altra manera, el menor que hagi aconseguit un grau elevat de maduresa personal no pot actuar en tots els àmbits, només en aquells relacionats amb els drets de la personalitat. I això, sempre que hi hagi una disposició legal que autoritzi expressament la seva actuació directa.

Cal, doncs, aclarir dos aspectes. Primer, què són o quins són els “drets de la personalitat” i, segon, comprovar si les normes reguladores de la sanitat preveuen l'actuació personal i directa del menor, atès que es mouen dins l'àmbit de l'activitat sanitària.

Els drets de la personalitat

El Codi Civil espanyol inicia el tractament de la persona a l'article 29 amb unes frases que gairebé tothom sap

Els menors poden decidir per ells mateixos en determinats àmbits, si se'ls considera suficientment madurs

Aquest règim excepcional s'aplica en els drets de la personalitat

L'assistència sanitària forma part d'aquests drets

de memòria: “El nacimiento determina la personalidad.” És a partir d'aquí que es pot parlar de drets de la persona, o bé de drets de la personalitat.

Per aquest motiu, els drets de la personalitat són aquells drets reconeguts a la persona pel mer fet de ser-ho. Per tant, els drets de la personalitat van lligats a la naturalesa humana i a la seva existència i s'identifiquen com a drets fonamentals.

Els drets fonamentals de la persona vénen enumerats i catalogats segons la importància o preeminència atorgada en cada moment històric d'una societat en la Constitució, que és la norma jurídica que l'organitza i que sustenta tot el sistema normatiu.

Amb la incorporació dels drets fonamentals als textos constitucionals, els estats fan una enumeració i uns reconeixements explícits dels drets humans, als quals atorguen protecció, com a drets inalienables de la persona humana.

La recerca dels drets de la personalitat ens ha portat fins a la contemplació dels drets humans i dels que reconeix expressament la nostra societat, incorporats com a drets fonamentals a l'article 15 i següents de la Constitució espanyola de 1978. No és pas una feina feixuga, ni difícil, tenint en compte que se suposa que existeix un coneixement del text constitucional.

És així com s'identifica com a drets de la personalitat el dret a la vida i a la integritat física i moral; a la llibertat ambulatoria, de pensament i d'expres-

sió; a la intimitat personal i familiar; el dret de reunió; el dret d'associació; el dret a la tutela judicial efectiva; a l'educació i a la sindicació.

Per tant, no hi ha cap dubte que les qüestions referides a l'assistència sanitària, atesa la seva incidència a la vida, la integritat física i la llibertat personal, s'inscriuen dins dels drets de la personalitat. Per això, el menor que hagi aconseguit un grau de desenvolupament de maduresa personal suficient podrà decidir ell mateix, rebre la informació sanitària corresponent i decidir sobre la prestació assistencial, si així ho preveuen les lleis sanitàries.

Les normes de la Llei 41/02 sobre consentiment del menor

La regulació de la informació sanitària i del consentiment es contempla a la Llei 41/02, del 14 de novembre, que a l'article 9.2.c) estableix la majoria d'edat sanitària als 16 anys i regula la prestació del consentiment per representació dels incapaços, que, en el cas d'incapacitat de fet, encomana la determinació de la capacitat del malalt per decidir i consentir el tractament proposat al metge responsable de l'assistència.

Amb referència als menors, la previsió legal és la següent:

Si el menor no és capaç intel·lectualment ni emocionalment d'entendre l'abast de la intervenció, la prestació del consentiment correspon als seus representants legals (pares o tutors).

Els menors emancipats i els que tinguin més de 16 anys decideixen ells mateixos, excepte si participen en assaigs clínics o se sotmeten a l'aplicació de tècniques de reproducció assistida, processos en què s'exigeix la majoria d'edat general de 18 anys.

Fent una lectura de la norma a *sensu contrario*, el menor pot decidir i donar el consentiment en una intervenció, sempre que sigui capaç d'entendre'n intel·lectualment i emocionalment l'abast. En aquest sentit, la llei no fixa un límit mínim d'edat, sinó la constatació d'una situació de fet: la maduresa intel·lectual i emocional de la persona. Així, ens trobem davant del reconeixement de la capacitat del menor madur en la línia establerta per l'article 162 del Codi Civil. Qui decideix si el menor té maduresa suficient? El metge que fa l'assistència.

La norma jurídica no imposa cap regla, barem, sistema o mètode per avaluar la maduresa del menor, motiu pel qual es crea una certa inseguretat en el metge i en els altres professionals que l'atenen, ja que els obliga a interpretar un concepte indeterminat i variable. El metge haurà d'avaluar la capacitat del menor i determinar si té prou maduresa per decidir ell mateix en cada cas i situació.

Aquesta és una tasca difícil perquè exigeix una anàlisi acurada com a requisit previ o simultani a la prestació assistencial per al qual el metge moltes vegades no té ni els mitjans ni la preparació suficients, atès que s'ha de determinar si el menor comprèn de manera adequada la informació que se li transmet, si és capaç d'identificar-ne les conseqüències i si assumeix les decisions que prengui.

El metge ha de comprovar la capacitat de comprensió, deliberació i decisió que té el menor i, si el resultat és negatiu, no podrà considerar-lo un menor madur, malgrat que li doni la informació assistencial corresponent al seu grau de comprensió. En aquest cas, el metge haurà de demanar als representants legals del menor que manifestin i signin el consentiment a l'actuació sanitària.

No hi ha cap inconvenient que el metge assistencial demani el dictamen d'un/a psicòleg/a o psiquiatre/a per determinar el desenvolupament intel·lectual i emocional del menor, malgrat que la llei no ho contempli.

Finalment, cal dir que la maduració intel·lectual i emocional de les persones és un procés progressiu que s'inicia entre els 7 i els 8 anys i que arriba a les etapes finals a partir dels 12 anys. Per això, la normativa jurídica obliga a informar i escoltar la opinió dels menors a partir dels 12 anys i estableix la majoria d'edat general als 18, rebaixada per a l'àmbit sanitari (directament lligat als drets de la personalitat) als 16 anys.

Conclusió

Les normes jurídiques que reconeixen la capacitat del menor madur per decidir ell mateix sobre qüestions que afecten els drets de la personalitat no determinen el sistema o la fórmula que cal seguir per conèixer el grau de maduresa del menor.

Els drets de la personalitat són aquells que estan lligats a l'essència de la naturalesa humana i es corresponen amb els drets fonamentals reconeguts a la Constitució.

La normativa sanitària assigna l'obligació de determinar la maduresa del menor, segons el seu desenvolupament intel·lectual i emocional, al metge encarregat de l'assistència.

A la pràctica, els metges poden demanar ajuda a psicòlegs/es o psiquiatres per determinar el grau de maduresa dels menors.

Si el menor no presenta la capacitat suficient per decidir, entendre i valorar la informació sanitària, es dona aquesta informació als seus representants legals, que hauran de manifestar el consentiment a l'actuació assistencial.

Josep Corbella i Duch
Advocat

La personalitat del menor i l'acte mèdic: entre la vulnerabilitat i l'educació per la salut

L'adquisició de la maduresa del menor és un procés i, per tant, implica un aprenentatge. Però cal tenir molt en compte que el desenvolupament humà no és un procés no garantit per la nostra herència genètica, sinó que depèn de la interacció i de l'ambient. És a dir, la maduresa no és una fita que espontàniament s'assoleix en una edat determinada genèticament, sinó que dependrà de factors múltiples i complexos.

En l'àmbit de la salut, la meta que s'ha d'assolir en la maduresa del menor és que pugui esdevenir una persona “autònoma”, és a dir, amb capacitat per prendre les pròpies decisions en salut basades en els seus judicis interns i actuar d'acord amb aquests judicis. Això implica diferents capacitats, ja siguin cognitives, emocionals, èticomorals o situacionals.

En el menor, cada exercici de decisió sanitària cal emmarcar-lo en un equilibri delicat entre competència i vulnerabilitat. Com comenta el legalista Ruther¹: “Sovint tenim el desig, per part dels tribunals o dels clínics, que aparegui una mesura simple o un criteri senzill per mesurar la competència d'un menor.

Desgraciadament no disposem de cap test, i no sembla que es puguin tenir. La qüestió és si un noi en particular és competent, en un context concret, per a determinats tipus de decisió i en unes circumstàncies particulars.” En cada decisió sanitària cal valorar la maduresa del menor en concret, atès el context del risc/benefici de la decisió.

Maduresa del menor

La maduresa no és unifactorial, sinó que inclou diferents factors interdependents, com ara maduresa cognitiva, psicoafectiva i moral.

Clàssicament l'aprenentatge ha estat més basat en els factors cognitius i en la seva valoració. La capacitat cognitiva en la presa de decisions

és necessària per “poder entendre la informació, valorar les alternatives i els efectes secundaris i realitzar decisions de forma raonada i raonable”. Així, aquest factor és una condició necessària, però no suficient.

Entre els criteris més emprats, destaquen els descrits per Appelbaum i Grisso^{3,4}:

- Capacitat per comunicar i expressar una elecció.
- Capacitat per comprendre la informació rellevant de l'elecció abans de prendre cap decisió.
- Capacitat per apreciar la situació i les conseqüències, ja sigui de la malaltia o de les eleccions que es realitzin.
- Capacitat per manipular racionalment informació rebuda.

Les escales de valoració de la competència d'adults, com la MacCAT-T

En cada decisió sanitària cal valorar la maduresa del menor, tenint en compte el context de risc o benefici de l'elecció

d'Appelbaum i Grisso, mesuren bàsicament aquestes capacitats, més relacionades amb l'àmbit cognitiu, però no hi ha estudis en menors que establexin la maduresa dels menors segons aquests paràmetres.

Altres autors, com Reder i Fitzpatrick⁵, se centren en el concepte del terme *comprensió suficient*, que apareix amb freqüència en relació amb la competència del menor. La comprensió suficient dependria de la claredat de la comunicació, de la complexitat de la decisió, del desenvolupament cognitiu, de l'estat emocional i de l'impacte del conflicte interpersonal.

Aquest concepte introdueix ja altres factors, com l'estat emocional i l'afectació interpersonal, que interferiran en la valoració de la maduresa del menor i que cal tenir en compte. »

Taula 1. Resum escala mòbil de la competència de Drane

TIPUS DE DECISIÓ	FÀCIL	MITJA	DIFÍCIL
COMPETÈNCIA NECESSÀRIA	BAIXA	MITJANA	ALTA
Per consentir	- Tractament eficaç - Alt benefici/baix risc	Benefici/risc mitjà	- Tractament d'alt risc - Tractament incert, eficàcia desconeguda
Per rebutjar	- Tractament incert - Tractament baix benefici/alt risc	Benefici/risc mitjà	- Tractament efectiu d'alt benefici/baix risc

La maduresa moral seria la que fonamentaria les decisions basades en principis interns i segons una escala de valors pròpia. Els estudis de desenvolupament ètic i moral realitzats per Piaget i Kohlberg han estat decisius per a l'establiment, la fonamentació i el desenvolupament de la teoria del "menor madur"⁶, i demostren, mitjançant estudis en mostres de subjecte àmplies, que la majoria d'adolescents arriben a la maduresa moral entre els 13 i els 15 anys, i que la maduresa adquireix certa estabilitat entre els 16-18 anys. No es pot obviar, doncs, la valoració del grau de maduresa moral^{7,10}.

Existeixen múltiples instruments de mesura del grau de maduresa moral en adolescents^{7,11,13}, però han estat aplicats en àmbits educatius i d'investigació, i presenten una alta complexitat per formar part de la sistemàtica de valoració en la pràctica clínica habitual. Però és important saber que existeixen, perquè poden ser d'utilitat en decisions complexes.

El tipus de decisió i el context

El grau de competència requerida per prendre una decisió sanitària depèn de la gravetat de la decisió, és a dir, quan la complexitat i el risc de la decisió són alts, la competència requerida per prendre aquesta decisió ha de ser alta, i, en canvi, per a decisions senzilles i de baix risc, la competència requerida és baixa.

El referent clàssic de la presa de decisions segons la gravetat és l'Escala Mòbil de la Competència de Drane^{14,15}, que es basa en el criteri de proporcionalitat (taula 1). Segons explica Drane, "és important establir el grau de dificultat de la decisió sanitària que s'ha de prendre i, segons aquest grau, la competència requerida pot canviar".

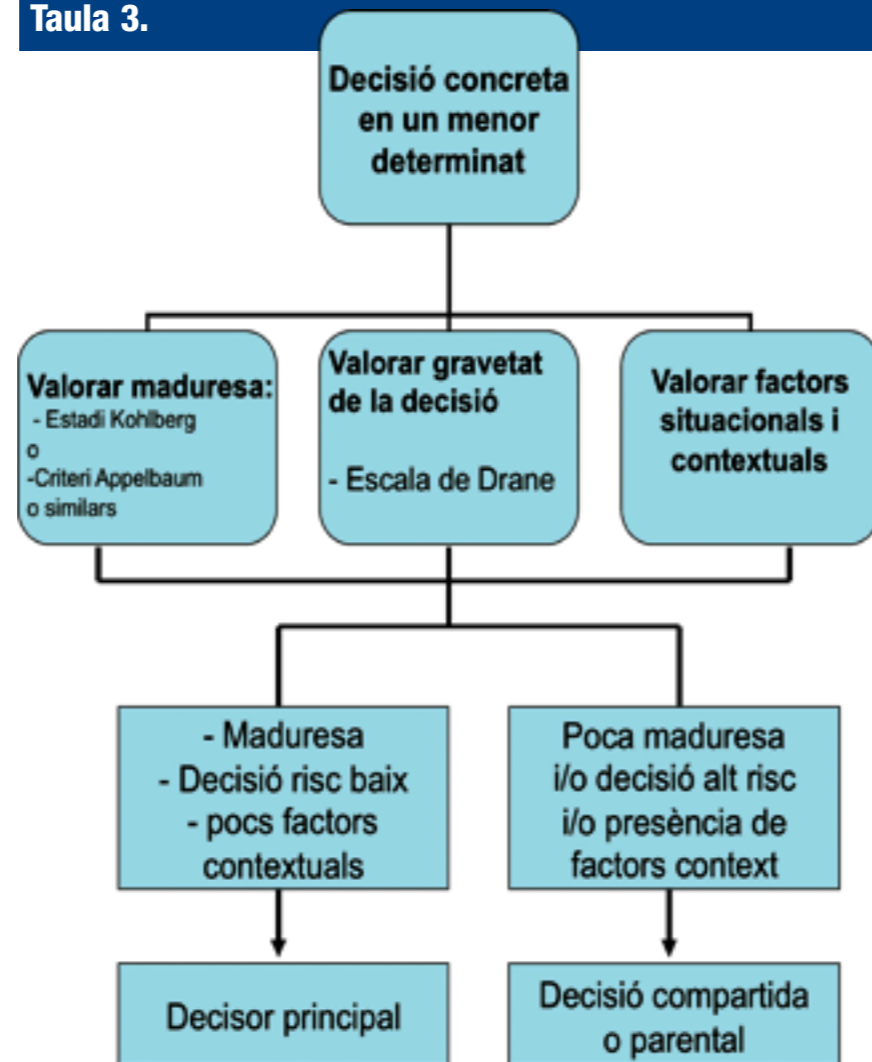
Altres factors contextuais, a part de la gravetat de la decisió, afavoriran o dificultaran la decisió, i cal també tenir-ho en compte (taula 2).

Valorar la competència d'un menor per una decisió sanitària concreta és complex i multifactorial, i per això és recomanable disposar d'una sistemàtica de valoració que ens faciliti el procés (taula 3). En la pràctica diària, ens pot ser d'utilitat tenir establerts els ítems que cal seguir:

Taula 2. Factors contextuais

FACTORS CONTEXTUALS	
Factors que depenen del menor	- Dolor, desconfort, drogues o medicació que alteri el nivell de consciència - Pressió externa grupal o familiar - Estat emocional: estrès, por o depressió - Malaltia
Factors familiars o culturals	- Relació familiar afectiva o no - Presència de suport familiar - Factors culturals que afavoreixin el "rol d'adult" en la cultura de procedència
Factors situacionals	- Decisió en un context d'urgències - Relació esporàdica o de confiança - Pressió assistencial

Taula 3.



- Valorar el grau de maduresa del menor en concret.
- Valorar el grau de dificultat de la decisió.
- Tenir en compte les circumstàncies i el context en què es pren la decisió.

La capacitació a la presa de decisions

El reduccionisme si el menor és madur o no per decidir hauria de canviar a un paradigma centrat en com capacitar el menor per decidir perquè arribi a ser un adult lliure i responsable en les seves decisions sanitàries. Sigui o no competent per decidir, el menor està involucrat en la seva pròpia salut i cal que ho tinguem tots molt present. D'aquesta manera la nostra pregunta no serà tan sols si el menor és competent o no, sinó en quin grau de responsabilitat ha de participar en la presa de decisions en tots els àmbits, especialment en el sanitari.

A més de la importància ètica o legal d'informar el menor, l'estil participatiu en la presa de decisions afavoreix altres aspectes com:

- Una major satisfacció amb la cura mèdica, percebuda tant per part dels pares com del nen¹⁶.
- Una major cooperació per part del nen en el tractament¹⁷.
- Promoure la sensació de control, percebent la malaltia com menys estressant, disminuint la sensació de desconfort i facilitant l'ajust positiu¹⁸.
- Demostrar un respecte per les capacitats del nen, promoure-les i afavorir el desenvolupament d'aquestes capacitats¹⁸.

L'objectiu és capacitar el menor en la presa de decisions perquè arribi a ser un adult lliure i responsable en les seves opcions sanitàries

El procés de capacitació en el menor s'inicia molts anys abans de l'edat en què se'l pot considerar madur

El Reial Col·legi de Pediatres d'Anglaterra¹⁹ va establir ja fa un temps la seqüència aconsellable per fomentar la presa de decisions en el menor:

Informar el menor: a qualsevol edat, en un nivell de comprensió adequat. Això implica que els professionals que treballin amb nens disposin de registres i habilitats adequades per adreçar-se a diferents nivells de comprensió.

Escollir-lo: a partir de certa edat, acostumar-nos a preguntar al nen què pensa de la seva malaltia o dels tractaments que estem proposant, amb preguntes obertes i sense demanar que esculli, solament que opini.

Incloure les seves opinions en la presa de decisions quan les seves propostes són raonades i coherents i demostrar que el tenim en compte.

Considerar el menor competent com a decisor principal: el grau més elevat del continuum seria quan el menor té la maduresa suficient per poder decidir.

Si no s'ha estat mai informat, ni escoltat ni se n'ha tingut en compte la seva opinió, no es pot pretendre que a una determinada edat, ja sigui als 16, als 18 o als 25 anys, sigui un bon decisor. El procés de capacitació s'inicia molts anys abans de l'edat en què el podem considerar madur.

Altres autors com Weithorn²⁰ estableixen altres nivells de participació en la mateixa línia:

- (a) Informació sobre la malaltia, el tractament i els procediments mèdics.
- (b) Decisió compartida entre els pares/tutors i el menor.
- (c) Decisió autònoma.

Més enllà de la decisió concreta si el menor ha de decidir o no, l'educació per a la salut ha de tenir una altre objectiu: capacitar o possibilitar la maduració del menor i aportar les condicions necessàries per al desenvolupament.

Com molt bé comentava Maria Zambrano, "democràcia és una societat en la qual ser persona no sols és possible, sinó exigible". La nostra és una societat que ha de possibilitar la presa de decisions (llibertat) en el marc d'allò que és exigible (responsabilitat). Sols fomentant en els joves els dos aspectes, possibilitat i exigibilitat, arribaran a ser adults.

Dra. Montse Esquerda. Pediatra
CSMIJ Lleida, Sant Joan de Deu-SSM Lleida
Facultat de Medicina,
Universitat de Lleida

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ruther M. Research and the family justice system: what has been the role of research and what should it be? Newsletters of the National Council for Family 1999; 15, 2-6.
- 2- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134: 279-284
- 3- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988; 319: 1635-1638
- 4- Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998
- 5- Reder P, Fitzpatrick G. What is sufficient understanding? Clinical child psychology and psychiatric 1998; 3:103-113.
- 6- Gracia D. et al. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc) 2001; 117, 179-190.
- 7- Pérez-Delgado E, Garcia Ros R. La psicología del desarrollo moral. Siglo XXI, Madrid, 1991
- 8- Piaget J. El criterio moral en el niño. 1932
- 9- Piaget J. Inhelder B. The psychology of the child. 1969. New York: Basic Books.
- 10- Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral Bilbao: Desclée de Brower, 1992.
- 11- Rest J. Moral Development. Advances in research and theory. New York, Praeger, 1986.
- 12- Rest, J. Development in judging moral issues. University of Minnesota Press, USA, 1979.
- 13- Pérez-Delgado E, Gimeno A, Oliver JC. El razonamiento moral y su medición a través del Defining Issue Test de Rest. Revista de Psicología de la Educación, 1989.
- 14- Drane JF. Ethical work-up guides clinical decision making. Health Progress 1988; 69(11): 64-67.
- 15- Drane JF. Métodos de ética clínica. En Couceiro A (Ed.) Bioética para clínicos. Editorial Triacastella, Madrid, 1999.
- 16- Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics 1968; 42, 855-871.
- 17- La Greca AM. Adherent to prescribe moral issues. In D.K. Routh (ed). Handbook of pediatric psychology (1999-320) 1988; New York, Guilford.
- 18- Pultnam DE, Finney JW, Barkley PL. Enhancing committment imptoves adherente to a medical regimen. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994; 62, 191-4.
- 19- Royal College of Paediatrician and Child Health. Withholding or withdrawing life savint treatment in children: a framework for practice. London, 1997.
- 20- Mc Cabe MA, Weithorn LA. Involving children and adolescent in medical decision making: development and clinical consideration. Journal of Pediatric Psychology, vol 21, 4, 1996, 505-516

Salut realitza gairebé 78.000 mamografies en deu anys a Lleida

El Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama (PDPCM) s'adreça a les dones d'entre 50 i 69 anys, sense patologia mamària, que resideixen a la Regió Sanitària de Lleida. Per tant, queden excloses del programa les dones d'aquesta franja d'edat que han patit un càncer de mama, una patologia invalidant que els impedeixi fer-se la prova o que s'excloquin voluntàriament del PDPCM.

El programa consisteix a convidar les dones a fer-se una mamografia de cribratge dos cops a l'any. La cobertura del PDPCM està determinada per les mamografies fetes en les diferents URC del programa, la informació que facilita la dona respecte a les mamografies realitzades privadament i les informacions rebudes dels serveis de radiologia dels centres assistencials públics.

El Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama es va iniciar el 1998 amb una important difusió entre els professionals sanitaris d'Atenció Primària i entre diversos col·lectius socials i culturals. El desplaçament des de comarques a Lleida ciutat per fer-se la mamografia, el temor a un possible diagnòstic de càncer i l'absència de campanyes publicitàries contundents van situar els percentatges de participació al voltant del 50%, molt per sota de la resta de Catalunya (64,4%).

Les causes fonamentals de la no-participació eren:

- La dispersió geogràfica de la població diana.
- El desconeixement del programa per part de les dones de 50 a 69 anys i, fins i tot, d'alguns professionals sanitaris.

Projecte "Cuida't"

El projecte *Cuida't* va néixer amb els objectius següents:

- Facilitar l'accés a les mamografies de cribratge a les dones residents fora de Lleida ciutat mitjançant la Unitat Mòbil de Mamografies.
- Donar a conèixer el programa a la població de 50 a 69 anys per motivar les dones a fer-se la mamografia de cribratge.
- Augmentar la participació en el PDPCM i saber els motius de la no participació.

· Fer difusió del PDPCM entre els professionals sanitaris: participació en comitès directius d'Atenció Primària.

Així, la Unitat Mòbil de Mamografia es va posar en marxa el juliol del 2006 per facilitar l'accessibilitat a la mamografia bianual a les dones que viuen a les comarques de la Regió Sanitària de Lleida. Primer, la unitat mòbil es va desplaçar a 42 localitats, i ara ja són 54 les poblacions que cobreix. Es va passar d'una participació del 48,74% el 2006 al 59,49% el 2007. Actualment se supera el 65%.

El següent pas va tenir lloc l'any 2008 amb la realització de la campanya publicitària *Cuida't*, que va consistir en l'emissió d'un espot a les televisions locals, autobusos i cinemes, i l'edició de díptics i pòsters que es van distribuir en centres sanitaris (hospitals, centres d'Atenció Primària i consultoris locals, ajuntaments de la regió sanitària, supermercats i perruqueries). Tots ells llocs on el grup de població que ens ocupa es mou habitualment.

El projecte *Cuida't* va reforçar la idea que la mamografia de cribratge forma part del costum quotidià de cuidar-se, de mantenir-se bé. Les models de la campanya són dones properes, que es veuen pel carer i que un determinat dia deixen les tasques habituals per "anar a cuidar-se" fent-se la prova.

També es va reforçar la idea que la família hi té un paper fonamental, ja que dona suport i facilita a la dona la decisió d'anar a fer-se la mamografia de cribratge.

Simultàniament a la presentació de l'espot publicitari, l'Oficina Tècnica de Cribratge va participar en els comitès directius de les dues SAP de la Regió Sanitària de Lleida i va explicar el funcionament del PDPCM i els resultats obtinguts els darrers anys. D'altra banda, se'ls va demanar que difonguessin la informació facilitada (citacions, circuits, resultats obtinguts, etc.) a tots els professionals de les àrees bàsiques de salut.

Els resultats del projecte *Cuida't* obeeixen a la suma de molts factors, entre els quals, amb un pes molt important, les recomanacions dels professionals sanitaris, que des de les seves consultes aconsellen la dona i/o la seva família que participin en el PDPCM.



Per acabar, el desembre del 2008, es va iniciar el contacte per correu amb les usuàries no participants per conèixer si es realitzaven la mamografia de cribratge per altres vies i si volien seguir sent citades. Només es va rebre resposta del 31% de les 6.500 cartes enviades. Durant el 2009, el programa s'ha posat en contacte telefònic amb les dones que no van respondre la nostra enquesta.

Les previsions del PDPCM són convidar 37.600 dones a fer-se una mamografia durant el bienni 2009-2010. Un cop llegida la mamografia almenys per dos metges radiòlegs, la majoria d'aquestes dones,

entre un 90-92%, obtindran un resultat negatiu o clarament benigne. El programa convidarà un 3-4% de les dones a fer-se una mamografia de control abans de dos anys i un altre 3-4% seran citades per fer-se proves complementàries no invasives.

Probablement, entre 70 i 100 dones seran derivades a la Unitat Funcional de Mama de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, on un equip multidisciplinari (cirurgia, infermeria, psicologia, oncologia, etc.) valorarà les imatges i farà les proves adients per diagnosticar-les. El Comitè de Mama examina setmanalment els casos tractats en aquesta unitat i planifica el procés tera-

Anàlisi transversal de resultats PDPCM 1998-2009

	DONES CONVIDADES	MAMOGRAFIES FETES	% PARTICIPACIÓ	MAMOGRAFIES FORA PDPCM	% COBERTURA PDPCM ¹
1998	3.597	2.276	52,27	520	77,73
2002	19.929	7.289	36,60	3.306	53,20
2005	14.100	7.024	49,80	987	56,80
Posada en marxa URC UNITAT MÒBIL					
2006	23.139	11.278	48,74	2.383	59,04
2007	18.640	10.706	57,43	1.500	65,48
+ Espot publicitari					
2008	24.450	13.322	54,48	1.901	62,26
+ Contacte telefònic amb les dones no participants					
2009	15.979	11.751	73,54	1.719	84,29

1. % cobertura PDPCM: és la suma de les mamografies fetes al PDPCM i fora del PDPCM.

	DERIVACIONS UFM	CÀNCERS DETECTATS EN CASOS DERIVATS	TAXA DE DETECCIÓ CÀNCER DE MAMA ‰
1998	44	19	8,34
2002	59	26	3,60
2005	61	29	4,10
Posada en marxa UNITAT MÒBIL MAMA			
2006	116	33	2,93
2007	62	26	2,46
+ Espot publicitari			
2008	86	41	3,30
+ Contacte telefònic amb les dones no participants			
2009	75	35	2,97

Anàlisi dels primers 10 anys (1998-2008) del PDPCM de la Regió Sanitària Lleida

CITES	DONES CITADES	MAMOGRAFIES FETES	PARTICIPACIÓ %
165.365	62.611	77.972	47,15
DERIVACIONS UFM HUAV	CÀNCERS DETECTATS	TAXA DE DETECCIÓ DE CÀNCER DE MAMA ‰ 1998-2008	
679	349	4,48	

pèutic de cada pacient. Cal fer constar que totes les pacients de la UFM es beneficien de la tècnica del gangli sentinella.

L'augment de participació de les dones i els temps de funcionament del PDPCM han fet que les taxes de detecció de càncer de mama es mantinguin entre les xifres recomanades a les Guies Europees de Cribratge —entre 2,3 i 4,6 per mil dones cribrades. Alhora, la mida dels tumors diagnosticats disminueix cada any amb la conseqüent supervivència i millora de la qualitat de vida de les pacients.

L'any 2008 es van diagnosticar 41 càncers de mama en dones participants al

PDPCM. D'aquests, dos casos (5%) van ser *in situ* i 37 van ser catalogats com càncers invasius, 13 dels quals (35%), de mida inferior a 10 mm.

Durant el 2009, encara pendent de rebre alguns diagnòstics i d'avaluar totes les dades que s'han registrat en el programa, s'han diagnosticat 32 càncers, nou *in situ* (28% del total) i 22 d'invasius (68,75% del total).

Montse Llorens Gabandé

Coordinadora Oficina Tècnica. Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama. Calsalut. Regió Sanitària de Lleida

Entre la bulímia i l'obesitat: el trastorn per afartaments

Ja són coneguts els trastorns de la conducta alimentària en la seva forma d'anorèxia i bulímia. No obstant això, existeix un tercer diagnòstic, potser menys conegut, però no per això menys existent, que inclou aquells trastorns de la conducta alimentària que no acaben de complir criteris per les síndromes anteriors: els trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE). Dins els TCANE, l'entitat més ben definida és l'anomenada trastorn per afartaments (TA), que ha passat de forma desapercebuda fins fa poc i que ara se'n comença a parlar i a reconèixer-la. Aquest trastorn, molts cops amagat darrere l'obesitat o el sobrepès, és un trastorn psiquiàtric agreujat per les repercussions físiques de l'excés de pes. Amb molta freqüència, els pacients són tractats pel sobrepès o l'obesitat sense tenir en compte que aquesta situació pot ser conseqüència (o veure's mantinguda) per un TA, i aquest fet pot dur a un fracàs terapèutic dels tractaments exclusivament nutricionals o quirúrgics.

El TA es caracteritza per afartaments recurrents en absència de conducta purgativa per evitar l'augment de pes, i això el diferencia de la bulímia nerviosa. El TA provoca un augment progressiu del trastorn i fa que la persona que el pateix arribi generalment al sobrepès o a l'obesitat. La taula 1 mostra els criteris diagnòstics segons el *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-IV)*. Per afartament s'entén aquell episodi en què s'ingereixen quantitats de menjar elevades (es pot arribar a menjar més de 20.000 calories) en poc temps i amb una gran sensació de falta de control. Abans dels afartaments, les persones experimenten normalment certa disfòria, una elevada tensió o fins i tot una sensació d'embotament, que els porta a fer la ingesta amb l'objectiu de disminuir aquestes sensacions. Els primers moments de l'afartament poden ser agradables, i es gaudeix del sabor i de la textura del menjar. Durant els afartaments, les persones poden menjar dues vegades de manera més ràpida i poden ingerir una gran quantitat de líquid que pot augmentar la sensació de plenitud. L'agitació en forma d'inquietud psicomotora i conductes per aconseguir el menjar també és present. Les persones afectades poden arribar a menjar aliments sense cuinar, congelats o en mal estat. Posteriorment, experimenten sentiments de disgust, i valoren les conductes com

Taula 1. Criteris diagnòstics per al trastorn per afartaments (segons DSM-IV)

- A · Episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza per les dues condicions següents:
 - 1.- Ingesta, en un curt període de temps, d'una quantitat de menjar definitivament superior a la que la majoria de les persones podria consumir en el mateix temps i sota les mateixes circumstàncies.
 - 2.- Sensació de pèrdua de control sobre la ingesta durant l'episodi (per exemple, sensació que no es pot parar de menjar o controlar què o quant menja).
- B · Els episodis d'afartament s'associen a tres o més dels símptomes següents:
 - 1.- Ingesta molt més ràpida del que és normal.
 - 2.- Menjar fins a sentir-se desagradablement ple o plena.
 - 3.- Ingesta de grans quantitats de menjar, tot i no tenir gana.
 - 4.- Menjar tot sol/a per amagar la voracitat.
 - 5.- Sentir-se a disgust amb un mateix, depressió o gran culpabilitat després de l'afartament.
- C · Malestar profund en recordar els afartaments.
- D · Els afartaments tenen lloc almenys dos dies a la setmana durant sis mesos.
- E · L'afartament no s'associa a estratègies compensatòries inadequades (purgues, dejuni, exercici físic excessiu...) i no apareix exclusivament en el transcurs d'una anorèxia nerviosa o d'una bulímia nerviosa.

vergonyoses, repugnants i desagradables. Amb tot, són incapaces de parar. Per aquest motiu, aquests episodis acostumen a ocórrer en privat per dissimular el comportament alimentari davant d'altres persones o fins i tot per evitar situacions de menjar social. Aquest fet pot mantenir el malestar de la persona amb ella mateixa, perquè es veu incapaç de controlar el menjar, amb una autoimatge negativa, i d'aquesta forma pot, alhora, mantenir el trastorn. Es parla d'una prevalença del 2% en la població general, però en mostres

obtingudes en programes d'aprimament, aquesta prevalença augmenta del 15 al 50%, i és 1,5 vegades més freqüent en dones. No obstant això, el TA és el trastorn de la conducta alimentària més freqüent en homes. En el cas de la població obesa, es parla d'un 30% a un 50% de TA, segons entrevistes estructurades.

Si seguim el model multifactorial dels TCA, parlarem de factors de risc predisposants, precipitants i mantenidors del trastorn. Els factors que predisposen (identificats en els pacients amb TA en comparació amb grups de control) són una menor autoestima, un major nombre d'experiències infantils adverses (entre aquestes l'abús sexual), una major probabilitat de depressió materna o paterna, una major vulnerabilitat a l'obesitat, una major exposició a comentaris negatius en relació amb el pes, figura i conducta alimentària i una major sensibilitat interpersonal. En aquests casos es parla d'una base biològica, ja que aquest trastorn mostra una base hereditària (no se sap si com a predisposició genètica o com a combinació de múltiples factors biològics). La inestabilitat emocional seria la característica principal sobre la qual opera el TA utilitzant el menjar per manejar les emocions negatives. Cal destacar la dificultat de les persones amb aquest patró alimentari per expressar emocions negatives.

Els factors precipitants del trastorn, que també apareixen en els afartaments, són la dieta, les restriccions alimentàries, el malestar afectiu i la dificultat per distingir la gana d'altres sensacions. Les persones amb aquest patró alimentari solen freqüentar clíniques o centres d'aprimament, i se sotmeten a dietes estrictes i rigoroses en diferents ocasions. Quan se senten frustrades, però, abandonen aquestes dietes davant la dificultat per seguir-les i mantenir el control de la ingesta. Les persones amb TA poden sentir ansietat, soledat, avorriment, gana o apetència per algun aliment en concret abans de l'afartament. Hi ha situacions que indueixen a l'afartament. Per exemple, quan la persona es troba sola a casa, quan surt amb algú del sexe oposat, quan menja alguna cosa i trenca alguna regla de la dieta, quan pren alcohol, quan va a una festa o menja fora de casa. També es parla de l'embaràs com a factor precipitador del trastorn. Els factors mantenidors són, principalment, el malestar que provoca la falta de control



sobre el menjar i la preocupació pel pes i la imatge. Aquests darrers elements, juntament amb l'augment de pes i el fet de sentir-se gras, tenen gran afectació en l'autoestima de les persones amb TA i els provoquen sentiments de depressió, ansietat, vergonya i autoaversió.

L'abordatge terapèutic d'aquests trastorns s'ha d'entendre de forma interdisciplinària, en què cal comptar amb la intervenció de l'infermer/a o el/la nutricionista, del psicòleg/a, del psiquiatre/a i d'altres especialistes, atesa l'elevada comorbiditat física que representa. Cal tenir en compte que un abordatge únicament biològic i centrat en la disminució de pes no millorarà la simptomatologia. Fins i tot la pot empitjorar, i és necessària la intervenció psicològica i, en alguns casos, la introducció de psicofàrmacs. Molts estudis revelen que hi ha un major nombre d'èxits terapèutics quan, en primer lloc, es milloren els afartaments i, posteriorment, es realitza un pla de pèrdua de pes.

En l'àmbit psicològic, els objectius del tractament que es plantegen són: normalitzar els hàbits alimentaris, evitar els

aliments prohibits, motivar a fer exercici físic, afrontar els desencadenants dels afartaments, aprendre a manejar i expressar correctament les emocions i promoure l'acceptació personal i l'autoestima, especialment en relació amb la imatge corporal.

Cal normalitzar els hàbits alimentaris en relació amb l'alimentació. En la majoria de les persones amb TA, les dietes restrictives i els mals hàbits alimentaris (com saltar-se àpats o menjar dempeus) han format part de la seva vida al llarg dels anys. Per això, cal donar unes pautes alimentàries que ajudin a seguir una dieta equilibrada. Algunes d'aquestes pautes són fer cinc àpats diaris i equilibrats, seguir uns horaris i menjar únicament als llocs habilitats. És important evitar les dietes restrictives que mantenen o agreugen el problema.

Una de les causes dels afartaments és la restricció total d'aliments prohibits, perquè l'apetència per aquests aliments pot provocar un episodi de sobreingesta. Evitar els aliments prohibits en un primer moment i després

incorporar-los progressivament en petites quantitats i de forma controlada en la dieta millora els afartaments realitzats per la restricció d'aliments.

També és important la motivació a l'exercici físic, ja que ajuda a mantenir un pes adequat i alhora millora notablement la sensació de benestar general de les persones.

En molts casos, els afartaments són conductes automatitzades davant de determinats estímuls, com ara la visió o disponibilitat d'alguns aliments o com un hàbit en una situació concreta. El control d'estímuls (evitar l'accés als aliments que acostumen a formar part de l'afartament), el canvi de rutines o les activitats alternatives poden ajudar a trencar aquests hàbits.

Menjar té un important efecte ansiolític. Molts pacients realitzen afartaments arran de situacions conflictives que els generen malestar i que intenten manejar mitjançant l'afartament. És important ajudar aquest tipus de pacients a identificar les emocions i els seus desencadenants i a entrenar-se en la resolució de problemes o assertivitat mitjançant la reestructuració cognitiva per millorar el maneig de l'afartament. D'altra banda, cal aprendre a discriminar les sensacions de gana d'altres de més emocionals i la sensació de societat.

Altres persones, especialment aquelles que han estat diagnosticades de trastorn de la personalitat, viuen les emocions amb molta intensitat i hi responen de forma impulsiva utilitzant el menjar per disminuir la intensitat d'aquestes emocions. En aquests casos, cal treballar altres formes de maneig emocional i el control dels impulsos.

Generalment, en aquests pacients trobem una baixa autoestima. El treball i la millora de l'autoestima pot millorar el benestar personal del pacient i la disminució dels afartaments, que moltes vegades es donen de forma secundària a l'autocrítica i a la falta d'acceptació personal.

La identificació dels desencadenants dels afartaments i el seu maneig posterior són els punts clau en el tractament del pacient. En aquest sentit, realitzar un pla terapèutic individual centrat en les dificultats personals de maneig emocional ajudarà a un major control dels afartaments.

Un cop la persona és capaç de tenir un control sobre l'alimentació, es pot plantejar la possibilitat que iniciï programes de pèrdua de pes, sempre adequats a cada tipus de pacient, incorporats de forma gradual, tenint en compte el risc que poden comportar les recaigudes (que són freqüents) en el trastorn.

Laura Bosa López
Psicòloga clínica. Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Centre de Salut Mental Segrià. Lleida

L'alimentació a Lleida durant la baixa edat mitjana

L'alimentació és un dels aspectes de la cultura d'un poble que més bé ens permet conèixer i analitzar la problemàtica que es vivia en un lloc i època determinats, què i quan menjaven les persones en funció de la seva classe social, la institució que els acollia o la religió que professaven.

Com en moltes altres facetes de la vida quotidiana de la baixa edat mitjana, no hi havia cap semblança entre la dieta alimentària de les classes populars i la de les benestants o de la noblesa, del malalt a l'hospital o del reu a la presó.

La base de l'alimentació de les classes populars, i, per tant, de la majoria de la població, era el pa i el vi. La resta, coneguda com acompanyatge, era molt simple: cols, mongetes, arengades i, com a molt, cansalada¹. Aquests eren els aliments que la completaven amb més freqüència.

Aquesta exigüitat contrastava amb l'abundància i varietat dels àpats de les persones acomodades, entre les quals no mancava mai la presència diària de carn a taula, especialment moltó i cabrit, i, entre les d'au, gallina, polla i perdiu com les més apreciades.

L'any 1337, un testimoni en un judici va manifestar que es va meravellar en veure com menjaven dos dels implicats: "A matí i vespre mengen grans panades i caçoles ab tal vianda que pogueren viure sis menjadors i no eren sinó ell i sa muller."²

El pa

Atès que el pa era la base de l'alimentació de la majoria de la població, la seva ració diària havia de ser forçosament elevada. A partir de la consulta de documents de l'època, l'hem pogut calcular al voltant d'un quilo i un quilo i mig diaris i, fins i tot, més entre la pagesia.

Era freqüent que, en una de les clàusules dels testaments, l'espòs fes constar a l'hereu l'obligació de subministrar a la seva mare, vídua, sis quarteres de blat anuals. Tenint en compte que de cada quartera de blat s'obtenien uns 60 quilos de pa, la quantitat anual de què podria disposar seria d'uns 360 quilos, quantitat que coincideix amb el quilo mínim diari.

Molt pa si pensem que, en aquest cas, es tractava d'una dona ja gran i, per tant, de vida sedentària.

És fàcil d'entendre, doncs, que en els anys de meteorologia adversa, que a partir de 1333 ("lo mal any primer") van ser molts, la manca de cereals panificables era sinònim de fam. L'elevat preu que assolien els blats d'importació els feia inassequibles per a bona part de la població.

Disposar en tot temps de bona farina era una preocupació primordial de les autoritats. D'altra banda, els forners tenien el deure d'esmerçar-se per obtenir un pa de bona qualitat. El mostassaf era l'encarregat d'inspeccionar les fleques per aconseguir una bona condició del pa. En cas contrari, retirava el que fos defectuós.

No obstant això, aquesta bona qualitat no sempre es podia assolir. En temps de carestia, es feia necessari barrejar-hi altres farines. En canvi, el "pa de Nadal" es pastava amb farina escollida i repetidament barutellada de forment (més blanca que l'emprada correntment, és a dir, més assedassada).

També era pastat amb millor farina el conegut com "pa de canonge", especialment destinat a aquest estament. La seva venda estava exempta de l'impost que gravava el pa habitual, la qual cosa provocava que algú, fraudulentament i per obtenir més guanys, el vengués al públic en general en llocs no autoritzats.

A Lleida, que comptava amb una població majoritàriament pagesa, eren moltes les famílies que pastaven el seu propi pa, tot i que tenien l'obligació de coure'l al forn públic. Això va comportar alguns conflictes amb els jueus, especialment durant la seva pasqua, en la qual la seva religió els obligava a menjar pa àzim, és a dir, sense llevat. La discòrdia es produïa quan els jueus, en haver de coure'l també obligatòriament en aquell forn, temien que el llevat amb què l'elaboraven els cristians contaminés el seu.

El vi

L'altre element bàsic de l'alimentació de la baixa edat mitjana va ser el vi i, com a tal, el seu consum també va ser



Mesura de gra

alt. L'hem calculat entre un litre i dos diaris per persona.

Introduïda pels romans, la vinya va ser, juntament amb el blat i l'olivera, un dels principals conreus de la pagesia lleidatana medieval.

El comerç i la venda del vi van estar regularitzats i sotmesos a diversos impostos, i un dels més importants va ser el conegut com a "lliura del vi o de l'Estudi", destinat a sufragar les despeses pròpies de l'Estudi General. Va ser establert l'any 1319.

El vi vermell va ser el més usual, el blanc va tenir un ús molt més restringit i el grec era propi de celebracions o solemnitats. L'adulteració del vi va estar especialment perseguida i castigada.

Per les seves propietats considerades tòniques, es donava vi com a reconstituent als convalescents després de grans esforços i, fins tot, als condemnats a tortura judicial perquè els fos possible resistir el suplici sense defallir.

El gener de 1420, un reu, després de ser sotmès a un turment d'extrema duresa, va quedar en unes condicions físiques tan dolentes que es temia per la seva vida. El tribunal que el jutjava,

La base de l'alimentació de les classes populars i, per tant, de la majoria de la població, era el pa i el vi

"veent que estave fort flach, feren-li donar sopes en vi e axí matex li feren matar una galina e donar-li del brou d'aquela³. A pesar de tot, un cop el reu es va recuperar, va ser penjat a la forca".

Als transeünts que s'apropaven a qualsevol dels hospitals que hi havia vora els camins se'ls ofería un tros de pa i un got de vi perquè, un cop recuperades les forces, poguessin continuar el viatge.

Ampli era també l'ús del vi en medicina, no només en la popular, sinó també per consell mèdic. Habitualment, va ser emprat per netejar ferides ("estopada de vi fort") si la nafra era important; bullit amb "punça amarga" si era per al mal de ventre, calent en cas de refredats, per als cucs després d'haver-lo deixat amb uns alls tota la nit a la serena o per al "cascat" en

fregues de bullit amb évol, entre molts altres remeis.

La carn

Després del pa i del vi, la carn va ser l'aliment més apreciat. Atès el seu alt cost, el consum entre les classes modestes es limitava als malalts o, com diu l'expressió popular, "quan hi havia fum a l'altar", és a dir, quan es feien misses solemnes en grans diades, en les quals el sacerdot oferent encensava l'altar.

A la taula de les classes benestants no hi mancava mai la carn. Les preferides eren el moltó i el cabrit i, entre les de ploma, la polla i la gallina.

Va ser objectiu primordial de les autoritats municipals assegurar que a la ciutat en cap moment manqués carn suficient i de bona qualitat per atendre

les necessitats, tant dels malalts com del veïnatge en general. El mostassaf també era l'encarregat d'inspeccionar les carnisseries i retirar de la venda la de baixa qualitat. A més de la sanció monetària corresponent, els era confiscada i destinada als hospitals. Els carnisseres eren obligats a disposar sempre de carn de cabrit de llet per al consum dels malalts.

Malgrat aquestes mesures de control, els fraus eren freqüents i era difícil evitar que, malgrat que estava prohibida, es possessin a la venda "carns mortuïnes", és a dir, les procedents d'animals morts per malaltia o per accident. Una ordinació de l'any 1470 manava que "negú no gos vendre en la ciutat neguna bèstia que per si matexa sie morta ni que sie esbalçada ni malalta i si algú la aportarà a vendre, sàpie que perdrà aquella carn e si per ventura algu en comprara de les dites carns, perdrà aqueles que comprades haurà i per açò pagarà per pena 2 sous"⁴.

En temps de carestia, era difícil evitar que els carnisseres es proveïssin de carn procedent de ramats castellans, considerada magra i molt inferior a la del país. En circumstàncies molt greus, com les del setge de 1464, la carn va arribar a ésser inexistent, fins a l'extrem que d'un cap d'ase se'n va pagar set sous.

L'afany excessiu de lucre sovint feia cometre als carnisseres accions força reprovables per camuflar les carns d'ínfima qualitat.

El comanador de Tèrmens Bernat d'Àger, acompanyat del seu escuder, quan anava de camí a Lleida, i poc abans d'arribar-hi, va veure com un carnisser apallissava despietadament un bou abans de sacrificar-lo, amb la intenció d'aconseguir que la seva carn fos més tendra. Indignat per aquella manera de procedir, el comanador amb la seva espasa i l'escuder amb la llança van acabar amb la vida d'aquell pobre bou per evitar-li més sofriments. Alhora, va denunciar al veguer la reprovable acció del carnisser.

Com el vi, la carn estava gravada amb diferents impostos. En algun lloc, fins i tot hem vist com en cas d'epidèmies s'afegia la taxa d'una quantitat per lliura, destinada a subvencionar les despeses ocasionades pel metge aconducat.

En l'alimentació dels malalts no solia mancar mai la carn de ploma. Eren considerats "refrescants" i, per tant, molt aconsellables, els brous de polla i colom. El de gallina, malgrat que es considerava "ardent", es tenia com el millor mitjà per aconseguir la ràpida recuperació de les persones físicament afeblides.

Jueus i sarraïns disposaven als seus barris d'escorxadors propis on el bestiar era sacrificat segons els ritus als quals els obligava llur religió. Als dels jueus se seguïen acuradament les nor-

mes que la seva ortodòxia religiosa els imposava. Era un rabí qui, com a “shajer”, és a dir, coneixedor d'aquelles normes, era l'encarregat de degollar el bestiar d'un cop sec amb un ganivet ben afilat i sense mosses.

Si l'animal no resultava completament dessagnat o en obrir-lo se li observava la més mínima xacra, era rebutjat per al consum de la comunitat. La carn era considerada “terefá”, és a dir, immunda.

Era carn apta o “casher” la dels animals remugants amb peülla partida, però no només els remugants, com el conill i la llebre, ni els de peülla partida però no remugants, com el porc i el porc senglar.

A desgrat que el poble refusava les vitualles prèviament palpejades per mans jueves, els jueus procuraven vendre als cristians, encara que fos a baix preu, les seves carns “terefá”. Arran d'una ordenació de l'any 1344, els paers van permetre que els jueus venguessin carn als cristians, tot satisfent prèviament a la Paeria l'impost de deu lliures.

Finalment, i ja al segle XV, es va prohibir finalment la venda als cristians de la carn rebutjada pels jueus.

D'altra banda, també els sarraïns havien de degollar el seu bestiar d'acord amb les normes islàmiques, la principal de les quals era la que els obligava a fer-ho col·locant l'animal de cara a la Meca.

El peix

El peix era considerat un aliment inferior a la carn, ja que es creia que tenia un valor nutritiu inferior. Són prou significatives les dites “lo peix no fa greix” o “el peix a l'aigua creix”, aquesta darrera referent al fet que, per aquest motiu, havia de ser forçosament aigualit, la qual cosa no evitava que, especialment en els dies d'abstinència, el seu consum fos elevat i que fossin moltes les normes que en reglamentaven la venda.

Es comprèn que a Lleida, ciutat del Segre, i especialment a l'estiu, es consumís preferentment peix de riu, atesa la dificultat d'aconseguir-ne de mar mitjanament fresc.

A pesar de tot, el peix de mar era més apreciat. Procedia de Tarragona i dels seus entorns i era transportat en cavalleries, amb la qual cosa no és difícil imaginar les condicions en què devia arribar a les peixateries de la ciutat de Lleida. Els preferits van ser la mussola, el pagell, la sardina i la saboga.

El 25 de maig de 1431, el Consell de la Paeria, tot considerant l'abús que els venedors de peix de mar cometien en llurs taules venent com a fresc el que ja era passat i fins i tot pudent⁵, va prendre l'acord “que nos pugue per negun pescater mesclar lo peix fresch



Cassola per fer pa de pessic



Cassó per bullir la verdura

ab laltre” i es fessin dues taules per a la “boqueria” de vendre el peix⁶.

Per evitar el frau que es cometia en la venda de peix barrejant els de distinta qualitat i, per tant, de diferent preu, de forma “lesiva e fraudulosa”, el 1445, el Consell va acordar que s'havia de vendre per separat. Els inspectors castigarien els infractors amb el ban de cinc sous⁷.

Moltes devien ser les intoxicacions més o menys greus produïdes entre els veïns de la ciutat a causa del consum de peix de mar en tan mal estat. En coneixem documentalment algunes. El 17 de maig de 1390, Guillem Guasch, àlies *Guillo*, va anar a dinar a l'hostal. Va menjar pagell a la cassola i fregit i també sardina fregida.

En sortir es va trobar molt malament i va haver de ser auxiliat pel veïnat. Per provocar-li el vòmit, li van donar aigua banyada en un anell d'unicorn i aigua de cendra de sarments de parrell. Amb el tractament, els forts dolors que patia van minvar i va confessar que, si no hagués estat per l'anell d'unicorn, hauria mort.

Abans d'arribar a casa, va haver de ser auxiliat de nou. En aquella ocasió, se li va administrar “oli amb cendra i triaga⁸”. El nou tractament va ser del tot ineficaç i no va aconseguir millorar el seu estat.

La dificultat d'aconseguir peix fresc va fer que fos molt alt el consum de salats com l'abadejo, el congre i les arengades. N'era tan gran el consum

entre les classes modestes, que les botigues sempre estaven obligades a tenir-ne existències.

Fruites i verdures

Moltes de les cases pageses que hi havia a Lleida disposaven d'hort propi intramurs, motiu pel qual el consum de verdures i fruites de tota mena estava assegurat entre la població. Cols, bledes i espinacs eren les verdures de consum més freqüent. El plat de cols amb un tros d'arengada o cansalada cuites a la brasa, després d'unes “sopes escudellades”, era el sopar més habitual.

La venda de fruites i verdures es feia a la plaça de les Cols, on les normes



Clemàstecs

higièniques adreçades a assegurar-ne la bona qualitat eren freqüents. Com la resta dels aliments, els jueus tenien rigorosament prohibit tocar-les amb la mà.

Per poder-ne disposar durant més temps, eren molts els fruits que es procurava conservar mantenint-los en condicions i llocs apropiats. Nespres, raïms i figues eren els més idonis per aconseguir-ho. Per aquest mateix motiu, el consum de fruita seca era alt: nous, avellanes, ametlles i pinyons.

Llaminadures

Els lleidatans de la baixa edat mitjana eren molt gormands i, com a conseqüència, grans afeccionats a consumir

tota mena de llaminadures. Les més usuals eren l'arrop, que aconseguien concentrant el most, o el suc de móres per ebullició.

Del sucre, se n'obtenien els confits, profusament repartits entre els assistents a festes i celebracions, i el “sucre rosat”, una mena de bolado aromatitzat amb roses i generalment colorat amb carmí. Es prenién dissolts en aigua freda com a refresc.

La pinyonada s'elaborava amb pinyons, ous, gingebre, canyella i sucre. L'ordi es feia bullint ordi i sucre. Les coques d'ous eren especialment apreciades en el decurs de moltes festes, on el “ball de les coques” era el protagonista. Les de Sant Joan s'elaboraven amb la farina resultant de



Mesura de vi

]]]] moldre blat segat el mateix dia. Les propietats protectores i guaridores que se li atribuïen eren moltes.

I, finalment, el que sí que tenia un gran consum era la mel, tant com a edulcorant com formant part de diverses receptes de pastisseria. L'apicultura estava especialment protegida.

L'oli i la sal

Van ser dos elements fonamentals i indispensables en la vida quotidiana medieval com a condiment i per a la conservació d'aliments, i, en el cas de l'oli, imprescindible en molts més usos: il·luminació, sants olis de la litúrgia cristiana o quantitat de remeis de la medicina de tipus supersticiós o màgic (oli de ratolins, de cadells, de serp o d'escorpins, entre molts altres).

L'alimentació hospitalària

Les rendes més aviat minses pròpies dels hospitals de la ciutat feien que l'alimentació en aquells centres benèfics fos generalment deficitària. Aquesta mancança alimentària s'agreuja en temps d'epidèmies, guerres o males anyades, atès el gran nombre de persones que havien d'acollir o auxiliar.

De vegades, era simplement una mala administració la causant de les greus penúries d'aquells establiments. El 23 d'octubre de 1420, els paers van assabentar la reina que el curador de l'Hospital del Sant Esperit permetia que els infants allí acollits morissin de fam perquè les dides, en no rebre llur salari, no volien alletar-los. En aquell cas, la causa va ser que el comanador del centre, fra Joan de Torrelles, s'havia apropiat dels diners destinats a aquelles despeses.

La penúria en què es vivia feia que en moltes ocasions també els malalts acollits patissin i morissin de fam. El prior de l'hospital de la ciutat clamava a la Paeria dient que "los pobres se



Setrill d'oli



Tupinet per fer sopes



Morter



Plat funerari



Xocolatera

pereixen de fam perquè lo carnicer nols vol donar carn ni la pastadora pa, perquè pretenen que per lo dit spital los es molt degut⁹.

La mateixa penúria es patia en altres centres hospitalaris de forans. El 10 de juliol de 1422, l'administrador de l'Hospital de Castellort, a Cervera, es queixava que "los pobres de Jesucrist que venen a l'hospital de Castellort moren de fam¹⁰.

No obstant això, en altres indrets, potser perquè disposaven de rendes

més importants o d'una administració millor, la situació era ben diferent. A Tàrraga, per exemple, les despeses que va ocasionar al seu hospital un malalt de Llobregat el 1491, ingressat durant tres mesos, va ser de tres lliures, dos sous i tres diners, entre gallines, pollastres, moltó, pa i vi, o les d'una monja que hi va romandre durant 23 dies: 14 sous i 4 diners entre pa, vi, carn i gallines.

Cal destacar la sobrealimentació que l'Hospital de Tortosa va proporcionar

a set bagasses internades en aquell centre durant quatre dies de la Setmana Santa de l'any 1452 per evitar que exercissin llur ofici en aquells dies tradicionalment destinats a l'oració i la penitència.

Durant aquell període de temps, cadascuna d'elles va consumir de mitjana uns quatre quilos de pa, quatre litres de vi, un quart de litre d'oli, un quilo i mig de peix, 750 grams de llegums, un quilo de fruita i 250 grams de dolços.

Alimentació a les presons

La situació en què vivien els reclusos està reflectida en molts documents de l'època, en els quals es dona constància de les deplorables i inhumanes condicions higièniques, sanitàries i alimentàries en què transcorria la vida dels presoners, amb grillons als peus i encadenats, condemnats a la fam en una cambra fosca i sense cap mena de ventilació, per la qual cosa no eren infreqüents els intents d'evasió, suïcidi i, fins i tot, la mort per malalties contretes dins del mateix recinte.

De vegades, als delinqüents reclosos a la presó de la ciutat Lleida no se'ls subministrava ni tan sols el sabut pa i vi, ja que havien de ser ells els que es fessin càrrec de les despeses originades en llur alimentació i pagar al carceller el dret de carcellatge, equivalent, generalment, a tres diners jaquesos diaris, però mai més de quatre.

En cas que no disposessin de béns propis, els reus havien d'aconseguir l'auxili d'algun amic o familiar.

En un procés judicial de 1312, Elisenda, empresonada pel robatori d'una cota, va pregar l'ajut d'un amic dient-li: "Que d'aquells diners que he en casa, que men tramete, que morta hic so de fam¹¹".

El 1452, Caterina Castella, que feia tres dies que estava empresonada sense rebre cap aliment, va aconseguir, amb l'ajut d'una pedreta, fer un petit forat a la paret que separava la seva cel·la de l'ocupada pels homes per tal que, a través d'ells, pogués demanar alguna mena d'aliment perquè "es moria de fam"¹².

En un procés de l'any 1456, consta que a un esclau empresonat "li fonch trobada una bosseta ab XVII diners mealla, los quals foren donats al carceller per fer la pensió del dit esclau delat¹³".

Va ser tan comuna la fam que es va patir a la ciutat durant aquella època

que la majoria dels reus empresonats ho van ser per furt d'aliments comesos per a la seva pròpia subsistència. El 13 de novembre de 1339, Perico Boquer, que havia estat desorellat per haver comès molts robatoris, va ser penjat a la forca. Abans de morir, va manifestar que si havia robat era perquè es moria de fam.

Dr. Manuel Camps i Clemente
Dr. Manuel Camps i Surroca

NOTES I BIBLIOGRAFIA

1. La cansalada, equivalent a greix de porc i no a la carn salada, que també apareix en els documents de l'època i que es refereix a la carn seca salada, era la més apreciada de les carns per la seva llarga conservació. El preu, d'uns 15 sous la lliura, era més alt que el del moltó i el cabrit, que són les que la seguien en preferència.
2. AML. Crims, any 1337.
3. CAMPS I CLEMENTE, M. (1998). *El turment a Lleida (segles XIV-XVII)*. Lleida: UdL, p. 84.
4. AMLleida. Consells 1470.
5. Segons una antiga dita: "Hostes e peix a tres dies poden."
6. AMLleida. Prohomenies, 25 maig 1431, foli 17 v.
7. AMLleida. Consells 1445, foli 14 v.
8. AMLleida. Reg. 797, foli 138. La triaga era una preparació composta de molts ingredients, el principal dels quals era l'opi.
9. AMLleida. Actes del Consell 1419-1422, foli 120.
10. AHTàrraga. Llibre de l'Hospital de Castellort, any 1422.
11. CAMPS CLEMENTE, M. (2001). *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la baixa edat mitjana*. Barcelona: UDB. Seminari Pere Mata, vol. I, p. 31.
12. CAMPS CLEMENTE, M. *Ibidem*.
13. CAMPS CLEMENTE, M. *Anàlisi dels aspectes mèdics...*, p. 31.



90 anys
de compromís
amb el metge

Incapacitat Laboral (Baixa + Invalidesa) Els metges també ens posem malalts

Mutual Mèdica li ofereix l'assegurança de baixa laboral amb les millors cobertures del mercat, que li garanteix una renda mensual i que, a més, s'estén automàticament a tota la seva vida professional si la baixa temporal esdevé permanent. Aquestes en són les principals prestacions: cobrament de la renda des del primer dia fins als 70 anys, ininterrompudament; quatre mesos de permís de maternitat i quinze dies de permís de paternitat; tractament idèntic per a casos d'adopció o acolliment d'un fill; i desgravació fiscal de fins al 100% de l'IRPF. Consulti amb el seu assessor personal totes les cobertures i asseguris la tranquil·litat. Truqui'ns ara i li donarem tots els detalls.



MutualMèdica

De metge a metge