


B U T L L E T Í

**m è d i c**

Col·legi Oficial de  
Metges de Lleida

Núm. 20 · Gener de 2000

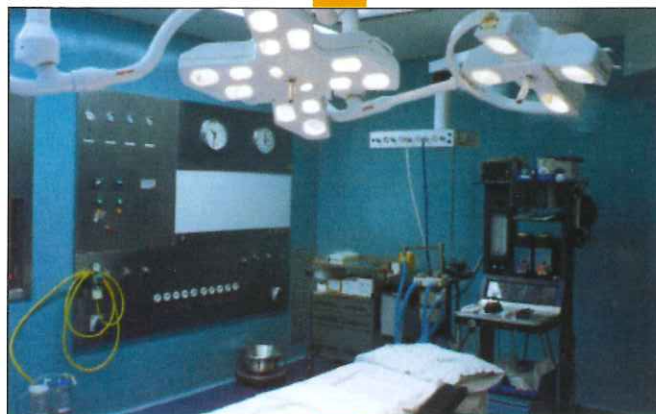
**Els metges i  
els infants  
maltractats**







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



#### NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

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

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I  
TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ



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

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

Núm. 20, gener del 2000

#### Edita:

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

#### Consell de Redacció:

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

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**

Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i Maquetació:**

Baldo Corderroure

**Correcció:** Dolors Pont

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-542/1999

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

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

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

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

## No el deixis sol

La presentació l'any 1996 d'*El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut* fou el tret de sortida del projecte *No estàs sol, no el deixis sol*, que vol sensibilitzar i implicar els professionals sobre una realitat que no ens deixa ben parats.

Hi ha motius diversos que dificulten detectar i denunciar els casos de maltractament en l'àmbit de la pediatria, però aquesta dificultat també depèn del lloc d'exercici professional. Als serveis d'urgències hospitalàries és la permanent congestió, l'anamnesi superficial, la pobra interrelació amb l'assistent social, la por a equivocar el diagnòstic i la reducció de la responsabilitat individual. A la Primària és l'aïllament del professional, els dubtes sobre un diagnòstic que no es pot compartir, un concepte erroni del secret professional i la influència d'una possible denúncia en la clientela i en l'ambient social i familiar del pediatre. També cal considerar el desconeixement de l'obligatorietat de denunciar els maltractaments i la lentitud del sistema judicial per resoldre aquests casos.

El projecte *No estàs sol, no el deixis sol* vol facilitar la nostra actuació en benefici dels infants. Per això, a banda d'actualitzar els signes de sospita de les diferents formes de maltractaments, ens alligeona sobre els circuits que s'han utilitzar en cada cas, els professionals que ens poden fer costat i la manera d'elaborar l'informe d'assistència o la comunicació judicial. Només cal que posem en marxa el nostre compromís i traduïm en fets concrets allò que ja formava part de la nostra voluntat: implicar-nos-hi.



### sumari

#### Opinions: la gestió sanitària

Doctors Josep M. Cases, Ramon Pla, Xavier Sanuy i Vicente Ortún

PÀGINA 04

#### Els metges i els infants maltractats

Doctor Francesc Domingo

PÀGINA 10

#### La impotència a Lleida a la baixa edat mitjana

Doctors M. Camps i Clemente i M. Camps i Surroca

PÀGINA 17



Portada: BALDO CORDERROURE

#### Casos clínics

Doctors Boquet, Sacristán, Giménez Valverde, Lafarga Giribets, Lara i Ortega

PÀGINES 21 I 22



# Gestió pública a Sanitat

Dr. Vicente Ortún Rubio · Dep. d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra

La caiguda del mur de Berlín, l'any 1989, va ser apressadament i errònia interpretada com el fracàs de l'Estat i el complet èxit de les forces del mercat. Que poc es veia que el que havia triomfat al Japó, a Alemanya, o als Estats Units era una barreja d'Estat i mercat! L'estrepitós fracàs -humà, sanitari, econòmic- de la major part dels països de l'antiga URSS en la seva transició des d'economies planificades a economies de mercat, al costat de la insuficiència d'una recepta exclusivament de lliure mercat pels països en vies de desenvolupament, ha portat a un notori redescobriments de la importància de les institucions. I entre les institucions (les regles de joc d'una societat) té una importància central l'Estat. Així, ens trobem, per exemple, el Banc Mundial que predica que cal un Estat fort i eficaç, un sistema judicial independent, una burocràcia eficient i no corrupta perquè un país funcioni. La coherència amb aquesta postura portaria a elaborar autèntics plans d'ajustament democràtic (exigència de llibertats bàsiques sindicals, de premsa, polítiques...) de la mateixa manera que fa pocs anys s'elaboraven plans d'ajustament estructural (atac al dèficit públic, reducció d'aranzels, privatitzacions...). La coherència està molt lluny de ser total: les prediques són maques (vegeu els informes anuals sobre desenvolupament econòmic del Banc Mundial d'aquests últims anys, particularment el de 1993, dedicat a salut, i el de 1996, dedicat a l'Estat), però el negoci és el negoci -i el negoci es deixa diners- i els clients (corruptes o no) són els clients.

En qualsevol cas l'Estat ha guanyat protagonisme. I l'Estat, com sabem, és una organització molt particular a la qual es pertany sense elecció (defraudadors que s'escapen cap a Andorra o Miami a banda) i té potestat per imposar obligacions sense aquiescència individual. Aquestes facultats extraordinàries obliguen al fet que les organitzacions estatals s'hagin de comportar amb una sèrie de cauteles que limiten la discrecionalitat amb la qual pot portar-se a terme

la gestió pública.

També a Sanitat. La gestió pública sanitària resulta més complicada per pública que per sanitària. Bellugar-se amb cotilles pensades per organitzar recepcions a l'ambaixada de París quan Indurain guanyava Tours resulta difícil als sectors públics que produeixen serveis de la complexitat dels sanitaris.

Gestió pública a Sanitat: un substantiu (gestió: coordinar i motivar persones per aconseguir els objectius d'una organització) i un qualificatiu (pública: necessitat de respectar una sèrie de limitacions derivades de les peculiaritats esmentades de l'organització Estat. Ara bé, convé distingir entre unes limitacions que són convenientes, d'altres que són mitigables per l'acció i, finalment, unes terceres mitigables per la recerca.

Les limitacions derivades de no ser capaços de mesurar l'activitat o l'impacte d'aquesta en el benestar es pal·lien, per exemple, amb els GRD o els AVAQ. Les limitacions derivades de la manca d'incentius individuals i organitzatius - presents quan la immortalitat està garantida i es faci el que es faci la superveniència confortable no corre perill- es pal·lien amb la introducció d'una certa competència per comparació. Finalment, hi ha limitacions conve-

nients a la gestió pública que no cal pal·liar: les limitacions del control jurisdiccional, del control del Parlament, de la llibertat de premsa, de la necessitat de premsa... Òbviament es deu gestionar més còmodament amb la premsa emmordasada, els opositors a la presó, i els sindicalistes cremats..., però aquest no és l'objectiu de la gestió pública. Per tant, si hi ha una part de les limitacions a la gestió pública que resulta convenient, cal que estigui molt clar que mai la gestió pública no serà com la gestió privada. La gestió privada pot aprendre de la gestió pública i la pública de la privada, però mai no es confondran. A la gestió pública hi ha un jutge (tots nosaltres) ... i ningú si falla la transparència i regna l'opacitat. Per què podem accedir al Conjunt Mínim Bàsic de Dades a l'Alta Hospitalària dels Estats Units i no a les nostres dades? Per què podem accedir als indicadors de rendiment dels hospitals d'Anglaterra i no dels nostres individuals? Només per secret estadístic?

De les tres grans funcions de l'Estat a Sanitat: finançament, regulació i producció, implícitament se centra el debat en aquesta tercera quan és, molt possiblement, la menys important de les tres. El finançament, per raons que desborden l'abast d'aquestes ratlles, continuarà essent fonamentalment públic, la regulació canvia de continguts (es regularà més en alguns àmbits, menys en d'altres) i el debat sembla centrar-se en la producció de serveis sanitaris. Assentades les especificitats raonables de la gestió pública no s'ha d'oblidar que la resta de limitacions en la gestió pública (formalisme innecessari, negociació de la discrecionalitat, fluixa relació entre el que es fa i el que es rep per fer-ho...) són mitigables mitjançant canvis en la gestió pública.

Les noves formes organitzatives, les organitzatives sense finalitat lucrativa, el treball clínic pel propi compte constitueixen instruments amb les seves indicacions i contraindicacions tant tècniques com polítiques. Esdevé objecte de valoració empírica jutjar en cada circumstància si els avantatges que una major flexibilitat introdueix (la flexibilitat de gestionar pel dret privat, per exemple) compensa els inconvenients d'una major facilitat per desviar poder.

Últimament s'intenta buscar a l'entorn sanitari nous models de gestió que superin les actuals estructures organitzatives rígides i fortament jerarquitzades, que no inviten a la participació dels professionals que intervenen en els processos assistencials i que, al mateix temps, no han estat vàlides de forma genèrica per controlar la despesa sanitària.

Dintre d'aquesta recerca de nous dissenys organitzatius, la gestió clínica es basa en els principis més essencials de la bona pràctica clínica, com són l'autonomia professional, la relació personalitzada entre els professionals i els seus pacients, la satisfacció dels malalts i dels seus familiars, el reconeixement a la responsabilitat dels professionals i al seu paper protagonista en els processos i resultats assistencials.

La gestió clínica parteix, com diu Vicente Ortún, "de la constatació que els professionals sanitaris (els clínics fonamentalment) assignen el 70% dels recursos sanitaris a les seves decisions, diagnòstiques i terapèutiques, preses en condicions d'incertesa en una tasca que suposa coordinar recursos i motivar persones".

La gestió clínica passa per un profund canvi cultural, a avaluar a mig i llarg termini, que es genera des de dintre de la pròpia organització, i implica un reconeixement explícit del paper central dels professionals en la presa de decisions per a la pràctica clínica. El projecte d'aquesta gestió estableix unes noves unitats operatives, que són l'àrea o

# Gestió clínica

Dr. Josep Ramon Cases · Gerent Hospital Sta. Maria (Gestió Serveis Sanitaris)

unitat assistencial descentralitzada. Les àrees o unitats poden coincidir o no amb els serveis tradicionals de les nostres estructures hospitalàries, que estan fonamentats en una especialitat concreta.

Però, evidentment, com en tot nou projecte, falta la perspectiva del temps i del seu desenvolupament i maduresa per ser objectius en l'avaluació dels seus resultats i de la seva aportació a la microgestió sanitària. Restava l'interrogant de si el model, que parteix dels conceptes d'autonomia de gestió, reorganització assistencial i descentralització en la presa de decisions, pot millorar l'eficiència en la gestió dels recursos sanitaris, o bé tot el contrari, si es convertirà en un projecte inflacionista amb l'argument de millorar la qualitat assistencial, la satisfacció dels clients-pacients i la dels professionals sanitaris mateixos.

També, el projecte, des de la seva pròpia definició, comptarà amb resistències des de les estructures professionals jerarquitzades i directives mateixes, ja que es de preveure que durant molt temps conviuran en un mateix entorn organitzatiu el model tradicional amb el de la gestió clínica, la qual cosa dificultarà la seva implantació.

Per això, les estructures directives s'han d'implicar en el procés de

canvi, les gerències d'hospital han de liderar-lo i tutelar-lo per evitar desequilibris en la provisió de serveis que poden comprometre els resultats i l'eficiència global de l'organització. Però, hauran d'entendre que aquest model implica una delegació o cessió de certes capacitats i competències de presa de decisions de la direcció del centre cap al nou responsable d'àrea o unitat assistencial. Hauran d'assumir un paper dinamitzador del canvi si entenen que el projecte de la gestió clínica és per si mateix un element incentivador. Per aquest motiu, hauran de preveure programes de formació dels directius clínics, dels professionals i dels equips perquè puguin adaptar-se a una cultura nova basada en el risc i la responsabilitat organitzativa.

Finalment, crec que la credibilitat del model dependrà de la que li atorguin els mateixos professionals assistencials, ja que la força per canviar ha de generar-se en l'interior de les organitzacions mateixes, que han de creure en el model, en la seva capacitat per millorar els resultats clínics sense oblidar el principi de l'eficiència en l'atenció sanitària i la importància ètica de contemplar sempre que qualsevol decisió clínica ha de tenir un balanç positiu entre benefici/risc per als nostres pacients.

# Medicina gestionada

Dr. Ramon Pla · Gerent Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Es sistemes gestionats de salut són i signifiquen, sobretot per nosaltres, un context d'innovació. Innovació en la forma de gestionar centres, tant d'atenció primària com hospitals d'aguts o establiments sociosanitaris. Innovació en la forma de gestionar patologies o bé innovació en la gestió individual del pacient. Com molt bé vaticinà, fa més de dos anys, un equip de professors d'ESADE en el seu document "Sanidad la reforma posible", aquests conceptes havien de constituir un dels principals punts d'interès i atenció en gestió i organització del sector sanitari.

Com a gestor d'hospital d'aguts puc dir que, fins fa poc, la relació

establerta amb la resta de proveïdors de serveis ha estat històricament escassa o inexistente. Ha sorgit obligada pels fluxos assistencials i autovehiculada. En l'actualitat, això ha de canviar de forma significativa. S'ha d'introduir progressivament el concepte de xarxa de centres i d'organitzacions, proveïdora de serveis sanitaris, que actui amb una estreta coordinació, i que vagi destinada a una població ben definida alhora que se'n responsabilitzi dels resultats en termes de salut. L'enfocament, cada cop més acceptat i, des del meu punt de vista l'únic coherent, és aquell que visualitza l'atenció sanitària de forma integrada.

En els propers temps, doncs, els

hospitals hauran d'afrontar el transcendent repte d'adaptar les estructures i l'organització a una nova forma de veure les coses. Es tractarà, no solament de pal·liar els problemes derivats del model organitzatiu tradicional, on l'organització jeràrquica vertical se sustenta en les branques històriques del coneixement, sinó també de potenciar una visió cada cop més orientada al pacient en la línia assistencial. L'organització haurà de canviar i partir d'un enfocament de caràcter horitzontal, més adaptable a la realitat assistencial (gestió de processos) i incorporar-hi instruments perquè els professionals participin en gestió

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

clínica i institucional (gestió clínica).

**Gestió clínica**

Pel que fa a la gestió clínica, molts hospitals donen ara les primeres passes en direcció a un model de gestió assistencial que pretén agilitzar-la i fer-la més eficient, tot introduint certs elements de flexibilitat organitzativa a través de la participació activa dels professionals. Això aproparà més les responsabilitats de gestió al lloc on es prenen decisions i es controlen els processos. Vull dir que se cerca una organització general que giri al voltant de les seves activitats nuclears: assistència, docència i recerca. Es pretén amb això, també, la millora general de les tasques i del funcionament de l'hospital i la seva traducció en termes de resultats: qualitat, cost i satisfacció de pacients i professionals. És un procés que no es fàcil.

En primer lloc, cal fixar les regles del joc. És obvi que el procés de descentralització de les decisions de gestió, en l'àmbit de les unitats clíniques, no pot comportar la desintegració de l'hospital com a organització ni la creació de minihospitals que puguin conduir a ineficiències que esdevinguin greus amb el temps. Per altra banda, els nous propòsits de descentralització s'han de basar en unes noves condicions de treball que, al meu entendre, han de ser diferents dels coneguts elements de control burocràtic actual i, sobretot, cal que l'organització així les percebi. Em refereixo a l'àmbit i objecte de la descentralització, als límits de l'autonomia, als intercanvis, al marc de relacions, als recursos assignats i als incentius que s'han d'introduir en el model. De les experiències fins ara publicades sobre gestió clínica, sembla deduir-se'n que una de les claus de l'èxit és la introducció d'incentius adequats.

Per acabar, opino que, per tal d'aprofundir i impulsar aquest procés, s'escau desenvolupar un model adequat de carrera professional. Considero necessari implantar un nou sistema de reconeixement dels mèrits i qualificacions assolits al llarg de la vida professional i que es consolidi entorn d'una política corporativa de foment de la seva gent. Un model de desenvolupament professional suposa un estímul i propicia actituds de col·laboració, implicació i compromís.

## Avantatges i inconvenients

Dr. Xavier Sanuy · Gerent Quinta de Salut l'Aliança

**M**edicina gestionada és un concepte que vol incloure uns elements clàssics de gestió econòmica en els diferents nivells de la pràctica mèdica.

Aquests elements que, de forma resumida, van des de la definició d'uns objectius i la planificació estratègica de les actuacions fins a l'avaluació dels mitjans disponibles i a l'execució d'unes accions eficaces d'acord amb els recursos disponibles, conformen un conjunt de criteris que, en el concepte de medicina gestionada, el metge ha de tenir presents i ha d'utilitzar en la seva pràctica professional.

És un concepte importat de les entitats asseguradores dels Estats Units i que, en l'àmbit de la medicina privada del nostre país, les companyies d'assegurança de salut introdueixen paulatinament, amb un balanç satisfactori pel que respecta a la implicació dels professionals en el control de la despesa sanitària i amb resultats més qüestionables pel que fa a la prevenció, al desenvolupament i a la innovació tecnològica, i per tant, a la millora de la qualitat assistencial global.

**Avantatges i inconvenients**

Com a aspectes positius cal destacar que, en un marc de recursos no infinits, en el qual els costos de la sanitat no paren de créixer, és indubtable que totes les accions sanitàries han de tenir forçosament

una lògica econòmica que les reguli; i és totalment preferible que qui marqui aquestes pautes econòmiques en la sanitat siguin els metges mateixos de la línia assistencial, que tenen els criteris professionals per utilitzar l'arsenal preventiu, de diagnòstic i terapèutic que hi ha al seu abast.

Hi ha el perill, però, que els criteris de gestió condicionin l'actuació del metge fins al punt de passar al davant dels interessos del malalt i això vagi en detriment de la qualitat assistencial.

**Alternatives**

Hi ha plantejaments de política sanitària en els quals la medicina preventiva i l'assistència sense restriccions per a tothom, o bé la recerca científica o l'extensió de les prestacions tecnològiques assistencials d'alt nivell, constitueixen les prioritats d'actuació. Però en l'actual marc sanitari, si el metge, des de l'assistència primària fins als nivells de major especialització, no s'implica en la utilització coherent dels mitjans disponibles, els costos de la sanitat continuaran creixent de manera incontrolable i això ens abocarà a una situació en què, inevitablement, els polítics hauran de decidir si es retalla el principi d'universalitat i gratuïtat de l'assistència o bé es restringeix la prestació sanitària il·limitada, com ja passa en alguns països del nostre entorn.

- **La medicina gestionada és un concepte importat de les asseguradores dels Estats Units**
- **El professional ha d'implicar-se en la utilització coherent dels mitjans disponibles**

# Glutaredoxines i reparació de danys oxidatius en proteïnes

Les glutaredoxines tenen un paper important en la reparació de danys produïts en les proteïnes cel·lulars per agents oxidants, en organismes tan diversos com els bacteris o l'home. El Grup de Biologia Molecular dels Llevats utilitza el llevat *saccharomyces cerevisiae* com a model del microorganisme eucariòtic.

Dr. Enric Herrero · Grup de Biologia Molecular de Llevats, Facultat de Medicina, UdL

El Grup de Biologia Molecular del Llevat utilitza el llevat *saccharomyces cerevisiae* com a model de microorganisme eucariòtic per, mitjançant aproximacions bioquímiques i genètiques, aprofundir el paper biològic de les glutaredoxines. D'aquesta manera, s'ha caracteritzat una glutaredoxina essencial tant per la defensa enfront de les agressions oxidatives produïdes pel metabolisme aerobi de la cèl·lula mateixa com per la defensa enfront d'agents oxidants externs. Els estudis poden contribuir a un millor coneixement d'una sèrie de patologies causades per danys oxidatius, així com a esbrinar les interaccions entre agent infeccios i hostaler en infeccions caracteritzades per la supervivència del microorganisme en l'interior dels fagòcits.

El metabolisme aerobi ordinari de la cèl·lula provoca l'acumulació d'una sèrie de molècules anomenades espècies reactives d'oxigen (peròxid d'hidrogen, radical superòxid, ions hidroxil, òxid nítric, etc.) que reaccionen amb diverses macromolècules cel·lulars, les oxiden i les inactiven. Aquest fet s'ha relacionat amb patologies com la diabetis, les cataractes, la isquèmia focal, el Parkinson o l'envelliment mateix de l'organisme. Els mateixos danys oxidatius es produeixen quan l'agent oxidant és de procedència externa.

Un dels principals blancs d'acció de les espècies reactives d'oxigen són les proteïnes. En el cas d'aquestes, una de les alteracions principals és la formació de ponts disulfur a partir de dos grups tiol (-SH) de dos residus respectius de l'aminoàcid cisteïna de la molècula proteica, grups que poden ser de la mateixa o de diferents cadenes polipeptídiques. El resultat pot ser la inactivació funcional de la proteïna per alteracions bé en la seva estructura tridimensional o directament en aminoàcids del centre actiu de l'enzim.

Els éssers vius han desenvolupat mecanismes reparadors d'aquestes

agressions oxidatives, i han retornat les proteïnes al seu estat redox basal. Entre aquests mecanismes destaquen dues activitats enzimàtiques: la tioredoxina i la glutaredoxina (figura 1A). La diferència entre elles radica en l'agent reductor que l'enzim reparador utilitza com a donador de protons per regenerar els grups tiol en la seva forma reduïda.

Mentre que la tioredoxina fa servir el NADH, intermediari del metabolisme oxidatiu, el substrat de la glutaredoxina és el glutatió, un tripeptid reduït utilitzat de manera general per la cèl·lula com a moneda de poder reductor en moltes reaccions d'oxidoreducció. Fins al moment actual, els estudis sobre la importància de la glutaredoxina (desenvolupats principalment pel grup d'Arne Holmgren a l'Institut Karolinska d'Estocolm) s'han centrat en el seu paper reactivador de l'enzim ribonucleòtid reductasa, necessari per dur a terme la replicació de l'ADN cel·lular. Però es indubtable que la glutaredoxina participa en la reparació de danys oxidatius en molts més tipus de proteïnes, encara que aquestes no hagin estat caracteritzades.

L'interès del Grup de Biologia Molecular de Llevats de la UdL PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

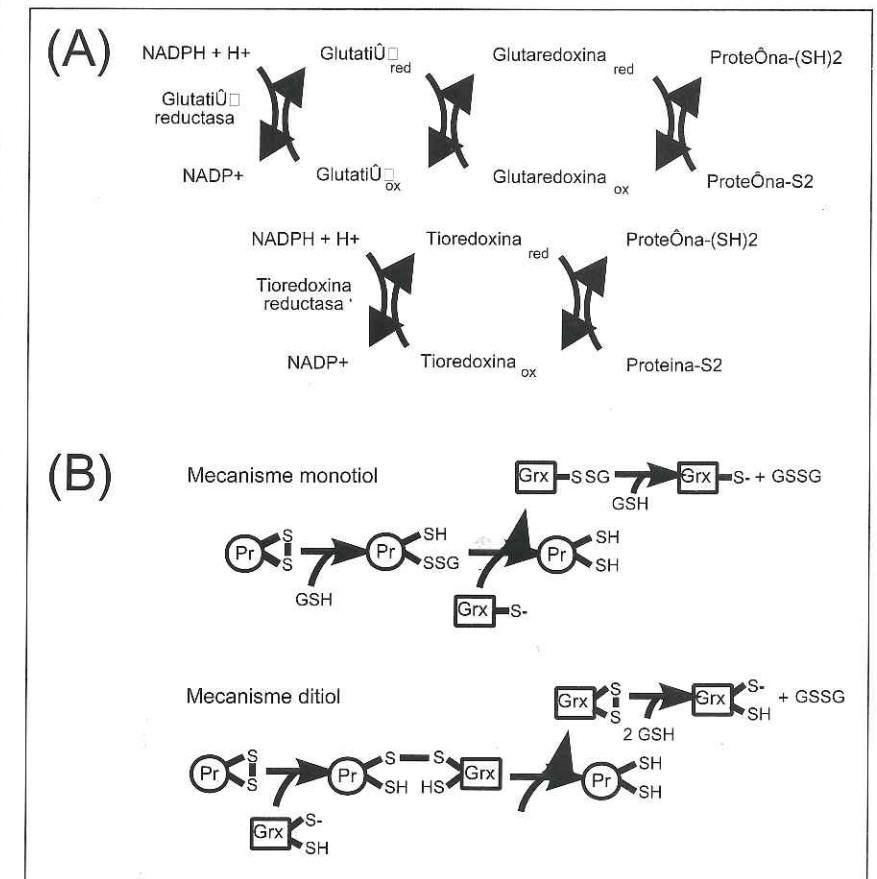


Figura 1. (Part A) Esquema de la reducció de ponts disulfur de les proteïnes per part de la glutaredoxina i la tioredoxina. (Part B) Diferents mecanismes d'acció de les glutaredoxines en la reducció dels ponts disulfur. El mecanisme monotiol és utilitzat per les glutaredoxines amb un únic residu de cisteïna en el centre actiu (com Grx3, Grx4 o Grx5), mentre que el mecanisme ditioi ho és per les glutaredoxines amb dos residus de cisteïna (com Grx1 o Grx2). Abreviatures: GSH: glutatió reduït (que conté un grup -SH); GSSG: diglutatió oxidat; Grx: glutaredoxina; Pr: proteïna.



en l'estudi de les glutaredoxines del llevat de la cervesa (*Saccharomyces cerevisiae*) té un origen indirecte. El grup va participar de 1993 a 1996 en el macroprojecte de la Unió Europea per seqüenciar per primera vegada un genoma eucariòtic complet, precisament el del llevat. Aquest treball s'ha continuat fins a l'any 2000 en un altre macroprojecte dut a terme per uns cent grups europeus per l'anàlisi sistemàtica de la funció dels gens del mateix llevat. Dins d'aquest macroprojecte, un subprojecte en què hi participen vuit grups europeus, entre els quals hi ha el nostre, té com a objectiu l'estudi de la relació entre estructura i funció en gens que pertanyen a famílies multigèniques.

En altres paraules, l'anàlisi de la seqüència del genoma del llevat ha mostrat que com a mínim un 40% dels gens d'aquest organisme pertanyen a famílies compostes per almenys dos gens (hi ha famílies de fins a 14 gens) que mostren una molt elevada homologia en la seva seqüència. Donada la correspondència entre seqüència de nucleòtids en l'ADN i seqüència d'aminoàcids en la proteïna, això significa que el genoma del llevat és capaç de codificar paral·lelament grups de proteïnes que estructuralment són molt semblants entre elles. Vol dir això que aquestes proteïnes poden desenvolupar funcions idèntiques o molt relacionades? I si és així, quin sentit biològic tindria aquesta redundància genètica si amb una sola de les proteïnes n'hi hauria prou?

La informació que s'adquireix sobre els genomes dels organismes eucariotes superiors, entre ells l'humà, indiquen que la mateixa situació es dona en aquests. El que diem és un exemple de la importància que el llevat té com a model d'organisme eucariòtic per resoldre problemes biològics extrapolables a éssers vius més complexos. La facilitat de manipulació bioquímica, fisiològica i genètica que presenta *S. cerevisiae* explica l'ús d'aquest microorganisme com a model eucariòtic general.

Una de les famílies, l'estudi de la qual va ser assignat al nostre grup, estava formada per tres gens amb unes seqüències de nucleòtids que feien sospitar que codifiquessin per tres noves glutaredoxines desconegudes fins al moment, ja que contenien motius estructurals reminiscents de glutaredoxines del bacteri *Escherichia coli* o de mamífers com la rata, el porc o l'home. El nostre grup va iniciar un estudi bioquímic i genètic en col·laboració amb el grup de Joaquim Ros del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, i va demostrar que efectivament les tres proteïnes tenen activitat enzimàtica de tipus glutaredoxina.

Prèviament, el grup australià d'Ian Dawes havia demostrat l'existència

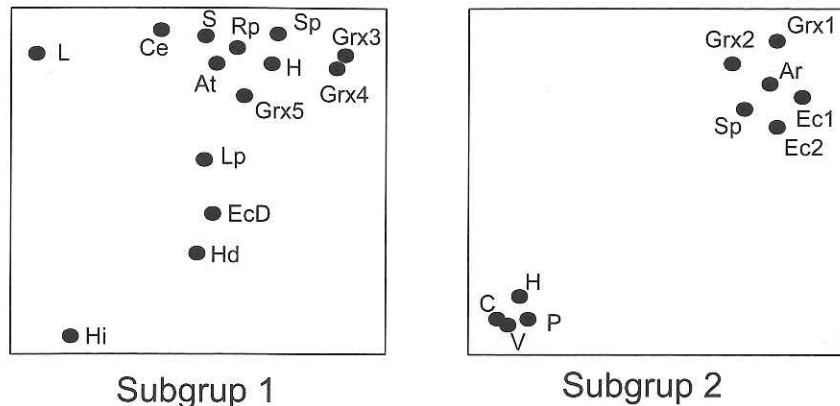


Figura 2. Projectió sobre dues dimensions de la distribució tridimensional de 23 glutaredoxines diferents, determinada amb l'aplicació del mètode del Sequence Space a les respectives seqüències d'aminoàcids. Encara que l'anàlisi original es va realitzar originalment sobre les 23 seqüències conjuntes, els dos subgrups van resultar clarament separats en l'espai, de manera que aquí es representen per separat per tal d'augmentar l'escala. Abreviatures: Ar: arròs; At: *Arabidopsis thaliana*; C: conill; Ce: *Caenorhabditis elegans*; Ec: *Escherichia coli*; H: home; Hd: *Haemophilus ducreyi*; Hi: *Haemophilus influenzae*; L: *Leishmania*; Lp: *Legionella pneumophila*; P: porc; Rp: *Rickettsia prowazekii*; S: *Synechocystis sp.*; Sp: *Schizosaccharomyces pombe*; V: vedella.

d'una altra família de glutaredoxines en llevat, anomenades Grx1 i Grx2. Conseqüentment, vam anomenar les nostres com Grx3, Grx4 i Grx5. Vam obtenir mutants individuals en cadascuna d'aquestes tres glutaredoxines, així com combinacions de dobles mutants, i vam emprendre estudis fisiològics amb ells. Hem pogut concloure que: (1) la glutaredoxina Grx5 és important, encara que no absolutament essencial per a la cèl·lula en condicions normals de creixement, de tal manera que la seva manca provoca una oxidació general de les proteïnes de la cèl·lula, i (2) quan manca Grx5 la cèl·lula de llevat es fa extremament sensible a agents oxidants externs.

També hem observat que aquest mateix mutant mancat de Grx5 es fa hipersensible a condicions d'estrès

hiperosmòtic (excés de cations o de sorbitol en el medi), encara que no tenim explicació sobre aquest fet. Més important encara: el llevat pot sobreviure a la manca d'una de les altres quatre glutaredoxines juntes, però no a la manca de Grx5, en condicions normals de creixement aerobi. Segurament quan manquen les altres glutaredoxines, Grx5 les pot substituir en la seva funció, però no a l'inrevés.

Hem caracteritzat, doncs, una glutaredoxina de llevat que té un paper essencial en la protecció de la cèl·lula enfront de l'estrès oxidatiu, fins i tot davant de les agressions oxidatives que es produeixen constitutivament en la cèl·lula quan aquesta creix aeròbicament.

És més, l'anàlisi individualitzada de les proteïnes cel·lulars en condicions normals o després de l'addicció d'un agent oxidant extern ens permet afirmar que certes proteïnes són més susceptibles que altres a l'ambient oxidant de l'interior de la cèl·lula quan manca Grx5. En concret, l'enzim transcetolasa, implicat en la biosíntesi d'aminoàcids aromàtics, és especialment susceptible a aquestes condicions. El fet que Grx5 sigui molt important fins i tot en absència d'agressions oxidatives externes ve confirmat per la nostra observació que l'expressió del gen que la codifica sigui constitutivament elevada en les condicions característiques del creixement exponencial de la cèl·lula. Actualment estudiem els elements del promotor del gen que són importants per aquesta expressió.

Són extrapolables les anteriors observacions a altres organismes? També en col·laboració amb Albert Sorribas, del mateix Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, hem aplicat un algoritme matemàtic (mètode del Sequence Space) sobre les

seqüències d'aminoàcids de 23 glutaredoxines d'éssers vius tan diversos com la bactèria *Haemophilus influenzae* o l'home, per tal de separar-les en un espai tridimensional segons la seva similitud estructural (definida a partir de la seqüència d'aminoàcids).

Els resultats són significatius: les 23 glutaredoxines es poden separar en dos subgrups molt diferents entre si, que en algun cas són subdivisibles a la vegada (figura 2). Diversos organismes tenen representants en els dos subgrups. Així, en el cas del llevat, Grx1 i Grx2 es troben en un subgrup, mentre que Grx3, Grx4 i Grx5 són a l'altre. En humans, es coneixen dues glutaredoxines, que la nostra anàlisi col·loca una en cada subgrup. És més, Grx5 apareix més propera a la glutaredoxina humana del seu mateix subgrup que fins i tot a les seves conveïnes Grx3 i Grx4. Hi ha una marca molt definitiva del subgrup al qual s'ha d'assignar cada glutaredoxina: les del subgrup de Grx1 i Grx2 contenen dos residus de cisteïna essencials en el centre actiu de l'enzim, mentre que les del subgrup de Grx3, Grx4 i Grx5 contenen un sol residu de cisteïna en el centre actiu. Aquestes diferències segurament reflecteixen diferències en el mecanisme, per la qual cosa duen a terme la seva acció reparadora sobre proteïnes oxidades (figura 1B).

Respecte de la glutaredoxina huma-

na homòloga de Grx5, és també essencial per a la protecció general de la cèl·lula enfront de l'estrès oxidatiu? Encara no ho sabem, però disposem d'eines genètiques per utilitzar el llevat per desvetllar la funció de la glutaredoxina humana.

El primer que cal fer és clonar el gen humà, introduir-lo en mutants del llevat mancats de Grx5 i estudiar si la proteïna humana pot suplir les funcions de l'endògena del llevat. El següent pas ja seria més complicat però factible: intentar obtenir cèl·lules humanes mutades en el gen de la glutaredoxina i estudiar el seu comportament en cultius *in vitro* davant dels estressos oxidatius.

Un objectiu diferent del grup en el futur serà l'estudi del paper de les glutaredoxines com a factor de virulència en microorganismes infecciosos. Agents com *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae* o *Rickettsia prowazekii* tenen glutaredoxines homòlogues a Grx5 del llevat. També el fong patògen oportunista *Candida albicans* conté en el seu genoma un gen (del qual no es coneix res més que la seva seqüència) que és més del 70% idèntic al gen de *S. cerevisiae* que hem estudiat. *C. albicans* és capaç de sobreviure en l'interior dels macròfags resistint l'acció d'espècies reactives d'oxigen generades pel fagòcit durant el xoc respiratori que esdevé en l'interior d'aquest

després de la ingestió de l'agent infecciós. Es desconeix com aquest resisteix l'ambient tan elevadament oxidant, però una hipòtesi de treball interessant és la d'atribuir un protagonisme en el fenomen a la glutaredoxina de *Candida* homòloga de Grx5.

Actualment ja és possible utilitzar eines de biologia molecular per generar mutants inactivats en gens concrets d'aquest microorganisme, i estudiar després el comportament del respectiu mutant en condicions específiques. Nosaltres pretenem comparar la virulència de mutants de *C. albicans* deficientes en l'esmentada glutaredoxina amb la de la soca virulenta original en infeccions experimentals en ratolins, així com estudiar la seva supervivència en l'interior de fagòcits en cultius *in vitro* d'aquests.

En definitiva, els estudis sobre les glutaredoxines de llevat i els que ens proposem fer sobre les glutaredoxines humanes i de *C. albicans* ens permetran avançar en el coneixement de les defenses cel·lulars enfront de les agressions oxidatives de les proteïnes. Evidentment, això per si sol no ens donarà la resposta completa a problemes com l'envelliment o els factors de virulència que intervien en les candidiasis, però sí que poden contribuir a un millor coneixement de les bases biològiques d'aquests dos problemes biomèdics.

- ◆ L'equip utilitza el llevat per aprofundir el paper biològic de les glutaredoxines
- ◆ Es tracta de conèixer millor les bases biològiques de l'envelliment

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

**PÈRE TENA**  
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

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

Pàrquing Blondel Gratuït



# Els metges i els infants maltractats

Un infant és maltractat quan és objecte de violència, física i/o psíquica, de fet i/o d'omissió, per part de les persones i/o institucions de què depèn per al seu correcte desenvolupament segons l'Associació Catalana per la Infància maltractada<sup>1</sup>. La dificultat inicial és la d'establir que és correcte i què no ho és, la qual cosa està condicionada pel context cultural.

Textos: Dr. Francesc Domingo i Salvany · *Pediatre*  
Il·lustracions: ICS (Rita Culla)

El context cultural en què viu l'infant i la seva família condiciona la frontera entre el tracte òptim i el tractament incorrecte. És difícil definir on acaba la correcció i on comença el maltractament.

La primera dificultat rau en l'extensió que el concepte maltractament té per a cada autor i en el marge d'edat inclòs als diferents estudis. Els casos que es detecten són solament la punta d'un gran iceberg, que resta amagat sota el silenci dels altres adults que, a més del maltractador (persona i/o institució), tenen contacte amb l'infant abusat<sup>2</sup>.

A l'Estat espanyol es parla de 40.000 denúncies anuals i 90 morts. Als Estats Units es presenten més de 2 milions de denúncies de sospita d'abús o negligència i més de 1.250 infants moren, amb una estimació anual d'un 1% de maltractaments i un 1,5% de negligències. A països europeus veïns nostres una nena sobre cinc i un nen sobre set són víctimes d'abusos sexuals.

Els professionals del món de l'infant de tot Catalunya varen detectar l'any 1988 un total de 5.989 casos de maltractament infantil<sup>3</sup>. Les negligències, un 78,5%, els maltractaments psicològics, un 43,6%, i els maltractaments físics, un 27%, foren els més detectats. El nombre d'abusos sexuals comunicats fou molt baix, un 2,1%, en comparació de la realitat que altres estudis de l'estat apunten més tard, un 19% segons F. López, l'any 1994<sup>4</sup>. Actualment, deu anys més tard, s'elabora l'estudi dels casos detectats el 1998 a Catalunya i les dades ja estan recollides, però no coneixem encara els resultats finals globals.

Sí que podem oferir, però, les dades corresponents a la nostra zona, l'ABS de Balaguer, i les dels casos d'abusos sexuals atesos al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Lleida.

Pel que fa a aquestes darreres, Tello,

Miranda i Longan ja comunicaren el mes de maig del 1999, en la jornada commemorativa dels 25 anys del CSMIJ<sup>5</sup>, que atienien 74 víctimes d'abusos sexuals, 53 nenes i 21 nens, i 8 nois agressors sexuals, tres dels quals varen actuar en grup. L'edat de començament de l'abús pel que fa a les víctimes es troba, majoritàriament, entre els tres i els cinc anys, un 27,4%, en les nenes, i entre els vuit i els onze anys, un 42,4%, en els nens. Ara, quan comença el 2000 són ja més de 100 els casos que porten, i la xifra no s'atura.

A l'estudi sobre la Noguera del 1988, quan encara no s'havien creat les Àrees Bàsiques de Salut, els professionals enquestats varen detectar 33 casos de maltractament (5 a través dels serveis socials, 2 de l'hospital de referència, 9 dels pediatres, 1 de la DGAI i 16 de les escoles). A l'estudi actual de 1998, i solament a l'ABS de Balaguer (sense les ABS d'Artesa i Ponts), les quatre UBA de Pediatria i l'assistent social han detectat 71 casos: maltractaments psicològics/emocionals, 51 (71,9%); negligències i abandonament, 45 (63,4%); maltractament físic, 14 (19,8%); abús o sotmetiment sexual, 6 (8,4%); maltractament prenatal, 4 (5,6%); i explotació laboral, 2 (2,8%). Amb el benentès que un mateix infant pot ser -i acostuma a ser així- víctima de diferents formes de maltractament i que per això hi ha més de 71 tipus de maltractament. Entre les causes que els detectors apunten amb relació a la persona que maltracta destaquen: incapacitat educativa, 64 casos (90,1%); manca de vincles afectius, 39 (54,9%); insuficiència de recursos materials, 32 (45,1%); conductes inadequades, 27 (38%); disminució, 11 (15,5%); malaltia mental, 8 (11,3%); entre un total d'onze supòsits. En 53 casos (74,6%) hi ha hagut informació i coordinació amb altres instàncies<sup>6</sup>.



## Factors originaris i orientacions preventives

Tot i que l'abús físic s'associa estadísticament a situacions de pobresa econòmica, moltes famílies pobres donen a llurs fills unes atencions i una protecció excel·lents. A l'origen del maltractament físic hi ha altres factors extremament importants: l'aïllament, la manca de suport o la dependència i/o abús de drogues són exemples ben evidents. Aquests factors poden ser presents a tots els àmbits. Martínez-Roig (1991) assenyala que "cal incloure com a factors de vulnerabilitat infantil els estructurals per defecte (atur, manca de relació personal, manca de valors espirituals i pobra formació humana i cultural) però també els estructurals per excés, com poden ser la possessió d'abundants béns materials difícils d'administrar, l'excés de treball com a limitador de la qualitat de vida, l'excés de vida social que fa oblidar el nucli familiar o el consumisme i la competitivitat mal aplicada". I aquests darrers es troben fàcilment en els nivells socioculturals mitjans i alts<sup>7</sup>.

El major control social fa que se'n detectin més a les capes socials que més acudeixen als serveis públics d'atenció. En els ambients socials més desfavorits el pas a l'acte, l'agressió i la violència, acostumen a ser la resposta immediata a les situacions límit o de conflicte que s'acostumen a trobar les famílies. L'autoritarisme, la idea de propietat dels fills i la reduïda capacitat de raonament i verbalització fa que, en aquestes famílies, sigui més freqüent l'ús de mitjans repressius que no pas educatius. Als nivells socioculturals més alts, però, trobarem maltractaments psicològics d'acció (menyspreu, refús, burla) i/o omissió (desinterès per la vida dels infants, dimissió en la funció del parentiu). Els abusos sexuals, tot i que troben el camí fàcil en els medis més deficitaris a causa de l'amuntegament i la promiscuitat, no són exclusius de cap ambient sociocultural. El pediatre pot tenir una visió negativa de les famílies en condicions de manca d'higiene i concloure que hi ha negligències. La higiene i la neteja, però, no sempre van associades a un ambient psicoafectiu favorable. I la situació inversa és també certa.

Segons el model d'interacció social<sup>8</sup>, perquè hi hagi maltractament o abús intrafamiliar cal que coincideixin quatre factors: un pare o una mare especial, un infant *diana*, una tolerància cultural de la violència i un episodi o crisi desencadenant. Les característiques que defineixen un pare o mare especials inclouen, entre d'altres: a) maltractat durant la seva infantesa; b) apatia, depressió i/o intolerància a la frustració; c) difícil control de la seva agressivitat; d) amb antecedents d'experiències educatives deformants. L'aïllament esdevé una causa cada

cop més valorada com a factor etiològic. Trencar aquest aïllament, permetre que aquestes persones sentin que tenen el suport social d'altres i que saben on acudir si en tenen necessitat, constitueix un objectiu fonamental de la prevenció.

Entre les dades que fan que un infant determinat sigui víctima de violència hi ha: a) fill no desitjat o fruit d'una altra unió; b) prematur o nadó que ha sofert una separació precoç dels seus pares; c) infant amb malaltia crònica, malformació o invalidesa; d) parts múltiples; e) infant hiperactiu i/o amb plor continuat. Aconseguir que tots els fills siguin desitjats, que els vincles entre els progenitors i els bebès s'estableixin d'una forma positiva al més aviat millor i que el seu nivell de salut arribi a les seves màximes possibilitats apareix com una altra manera d'evitar els maltractaments infantils.

La tolerància social de la violència com a sistema per resoldre les coses justifica que sigui una forma acceptada per educar els fills. Fomentar l'ús d'altres mètodes alternatius per aconseguir la disciplina i la correcció en els infants és una altra via de prevenció de la violència intrafamiliar.

La crisi desencadenant pot ser qualsevol contratemps o situació que els pares sentin com a tal: des del plor del nadó a la matinada fins al trencament accidental d'un got. L'anticipació i la informació sobre les situacions més habituals previsible durant les visites de seguiment del nen sa és, doncs, una via de prevenció. El document *Atenció, fràgil*<sup>9</sup>, editat per l'ACIM és un instrument força útil en aquest sentit.

## Nosaltres, les famílies i l'infant maltractat

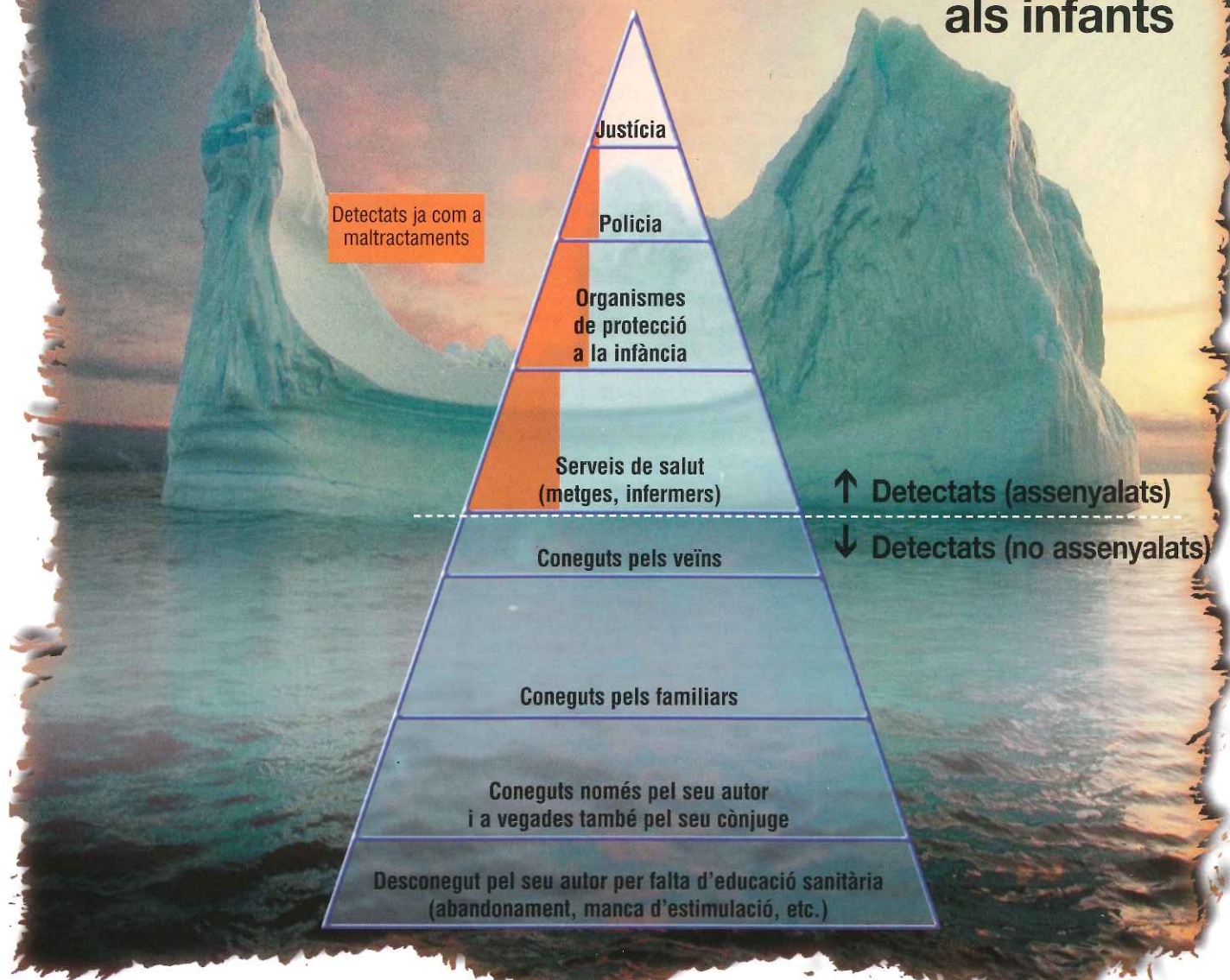
En aquest tema, com en tants altres, podem considerar tant les aptituds i el grau de coneixement sobre la qüestió com les actituds que els professionals sanitaris prenem. Volem centrar-nos més en la nostra sensibilització i implicació davant la feixuga realitat dels maltractaments infantils. I, malauradament, hem de reconèixer que la nostra actitud, no ens deixa gaire ben parats. Per fer-hi front, però, no hem d'esmerçar esforços per evidenciar la situació dels infants si abans no oferim als professionals les vies de derivació i/o resolució dels casos, perquè sinó solament generarem encara més angoixa ens uns professionals que ja ho tenen -ja ho tenim- prou difícil.

No hem d'insistir en el fet que els professionals sanitaris coneguin els signes de risc i les dades diagnòstiques si abans no *il·luminem* sobre què fer quan se'ns presenta, en el treball diari, una sospita o una certesa de maltractament o d'abandonament. Davant un infant en perill, cada profes-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



## L'iceberg dels maltractaments als infants



### VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

sional farà segons les tendències i els corrents d'actuació del col·lectiu professional al què pertany. La manca de coordinació interdisciplinària acostuma a tenir l'origen en els mateixos comportaments que trobem a l'origen de la desestructuració familiar: manca de diàleg, d'intercanvi, d'acceptació de l'altre i de les seves idees.

El primer pas per aconseguir un correcte abordatge de les famílies és la bona coordinació i entesa entre els qui han d'intervenir. I la ignorància dels altres és, sense cap mena de dubte, el nostre primer error. La diversitat de factors que intervenen en el problema dels maltractaments infantils el fa un tema massa complex per ésser resolt per un sol professional de la salut: els treballadors socials, els mestres i els equips de psicologia escolar (els EAPP), els dels centres de salut men-

tal, els dels equips d'atenció a la infància i a l'adolescència (EAIA) i, per què no?, els integrants dels cossos de seguretat, el metge forense, el fiscal i el jutge són els companys necessaris de camí davant una realitat massa feixuga per carregar-la a una sola esmena<sup>11</sup>. I cal que fem tot el que sigui possible per conèixer els circuits que ens permetin oferir als infants que atenem la millor alternativa a la seva situació. Perquè ells, els autèntics protagonistes, no tenen ni veu ni vot<sup>12</sup>. I no els podem deixar sols a la seva sort.

### Obtenir la confiança i la col·laboració dels pares

El pediatre o el metge que treballa en Atenció Primària, en un ambulatori, en un consultori municipal o en el seu exercici privat es pot trobar que durant una visita per un motiu diferent al del maltractament, aprecii lesions, comportaments o dades suggerents; que

sigui demanat el seu criteri per confirmar una sospita formulada per un altre professional o que es demani el seu criteri en la tramitació administrativa o judicial d'un cas. De fet, davant d'un infant amb una lesió sospitosa no és tan important el coneixement exacte de qui, com i per quina raó s'ha produït el traumatisme com la correcta valoració del perill en què es troba en el seu ambient habitual. A més, el primer pas per arribar a un tractament global de tot el nucli familiar és l'obtenció de la confiança i la col·laboració dels pares.

Podem condemnar el fet objectiu de l'agressió però hem de respectar la subjectivitat de l'agressor. Allò més probable és que ell també hagi estat un infant maltractat o desatès quan era infant i també necessiti ajuda. Hem de substituir les posicions de refús i enfrontament per actituds de col·laboració i ajut als pares, tot i que això se'ns fa difícil quan estem davant un infant maltractat. L'actuació mèdica i

d'infermeria no ha de limitar-se a la cura de les lesions, sinó que cal recórrer al treball multidisciplinari per intentar resoldre els problemes que han originat l'agressió i evitar, així, l'aparició de recidives<sup>13</sup>.

### El llibre d'en Pau: una bona eina per no estar sols, per no deixar-los sols

Des de la descoberta del maltractament a la comunicació del fet, i de la comunicació del cas a la intervenció eficaç hi ha uns períodes de temps durant els quals l'infant continua sofrint. Mullar-se vol dir que el professional ha de fer el pas de sortir d'ell, implicar-se i assumir uns riscos. El professional es troba en una situació angoixant davant un infant en perill i li agradaria tenir un remei-medicina que resolgués la situació. Però, la solució miraculosa no existeix. La nostra formació, excessivament orientada a la curació, a l'èxit per l'individualisme, a

La por a l'error, per excés o per defecte, pot aconsellar l'hospitalització per tal d'excloure o confirmar un problema mèdic greu. L'hospitalització, a més de permetre la protecció del nen durant el període d'avaluació i tractament, esdevé un bon lloc d'observació de l'infant, dels pares i de la relació entre ells. Constitueix una mesura diagnòstica i terapèutica i permet la derivació d'una eventual denúncia judicial, tot i que cal no delegar aquesta denúncia quan el diagnòstic ja és evident en la visita a l'atenció primària.

La gestació d'*El llibre d'en Pau* és una bona mostra de com s'ha de treballar conjuntament en benefici de l'infant i de com la interdisciplinarietat ben entesa dona excel·lents fruits. El llibre, a banda d'oferir una important ajuda a la detecció, ens aclareix el paper de cadascun d'aquests companys de camí que, massa sovint, ignorem. Parlar amb un professional que coneixem personalment facilita molt la tasca. De fet, el projecte per a l'abordatge dels

fessionals, molts dels quals havien rebut poques mencions sobre temes de pediatria social i sobre el treball en equip amb altres col·lectius del món de l'infant. Però, l'èxit d'*El llibre d'en Pau* no depèn tant dels graus d'informació i formació que pugui aportar com del nivell d'implicació que generi en els professionals.

### Coses nostres: el còlic del primer trimestre i la prevenció de la sacejada del nadó

Per altra banda, cal ser conscient que els destinataris prioritaris de les actuacions preventives són els professionals, però sobretot els potencials maltractadors, els pares, els familiars o els altres adults que en contacte amb els infants. Sabem prou bé que tots som maltractadors potencials dels infants i que solament cal que s'acumulin un seguit de circumstàncies per arribar al pas a l'acte. A més, i si ens centrem en l'àmbit familiar, coneixem



tenir remeis ràpids per a tot, no pot resoldre la diversitat de factors que originen els maltractaments infantils.

*El llibre d'en Pau*<sup>14</sup> ens allibera sobre el fet que si hi ha la sospita d'una lesió causada cal comentar el cas amb l'assistent social, atès que sovint es tracta de famílies desestructurades ja conegudes, informar la institució de protecció a la infància i facilitar un informe, que s'ha de completar amb tota la documentació possible per si cal intervenir en una actuació judicial posterior. Cal no oblidar-se de fer l'obligada comunicació de lesions al jutjat, comunicació que s'ha d'acompanyar de la corresponent denúncia posat cas que hi hagi una certesa en el diagnòstic. Com a professionals, la nostra primera fita davant un infant en perill és la seva protecció i li hem de dedicar el temps que calgui, sense oblidar, però, que en les situacions de maltractament infantil un professional no pot actuar mai sol.

maltractaments a la infància "No estàs sol, no el deixis sol"<sup>11</sup> i la publicació d'*El llibre d'en Pau*<sup>14</sup> han estat unes fites importants en la sensibilització dels professionals de la salut amb relació a aquest tema. Un dels objectius del projecte ha estat ser el punt de partida d'una nova manera d'afrontar el problema de la infància maltractada, centrada en la millor detecció i abordatge, però, i principalment, a establir les mesures de prevenció primària que facin possible la disminució i/o desaparició dels factors que es troben a l'origen dels maltractaments als infants. El projecte, per tant, vol tenir una continuïtat en el temps a cadascuna de les comarques de Catalunya, amb iniciatives que s'adaptin a les peculiaritats de cada contrada, sense oblidar-ne d'altres que poden ser d'interès per a tot el Principat.

*El llibre d'en Pau* ha esdevingut, des de la seva aparició, un nou estímul d'informació i formació d'aquests pro-

que les condicions que permeten una bona relació pares-fills es generen ja abans del naixement. Un infant neix quan en els seus pares apareix el desig de tenir-lo.

Si volem prevenir realment els maltractaments intrafamiliars hem de saber donar suport als pares en els freqüents moments de dificultat que la vida amb fills dona i ajudar-los a tenir unes expectatives realistes davant l'infant que arriba. Els pediatres, especialment si som pares, som coneixedors del grau de tensió familiar que genera un nadó de setmanes que no para de plorar. Quan el nen plora dia i nit, pel freqüent còlic del primer trimestre, apareix, en la majoria de casos, la primera situació de conflicte intergeneracional. El fill que plora i trenca els ritmes del nucli familiar és una amenaça per als pares i s'arrisca a ser víctima

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



d'agressió si els pares no entenen perquè es produeix aquella situació i no saben quin perill hi ha en sacsejar-lo quan els treu de polleguera. I la frontera entre el dolç bressar i el violent sacsejar és ben prima.

La documentació destinada a informar i aconsellar els pares per a aquests casos és ben escassa i fou per això que l'Associació Catalana per a la Infància Maltractada tingué interès, fa vuit anys, a adaptar al català el document "Atenció, fràgil!"<sup>9</sup>, la portada i una pàgina del qual se centra en el problema del còlic del primer trimestre. Posteriorment vàrem conèixer un tríptic sobre el tema, editat per la Fondation Suisse Enfants et Violence. Per donar continuïtat al projecte "No estàs sol, no el deixis sol", hem cregut que era bo adaptar-lo i fer que el nadó que s'ha de prevenir continués essent el nostre ja popular Pau. La seva mare, la dibuixant Rita Culla, ha sabut, de nou, copsar magníficament la sensibilitat de la iniciativa. *Auxili, el meu bebè no para de plorar. Consells per a les famílies*<sup>15</sup> és una petita realitat, però amb una gran utilitat en la tasca del dia a dia. Atès que l'interès d'aquest document no és exclusiu a les nostres comarques de Ponent i que de la seva difusió se'n poden beneficiar tots els nadons de Catalunya suggerim que sigui la Conselleria de Sanitat la que tingui cura de la seva publicació i difusió. És en aquesta direcció que l'ACIM està fent les gestions per aconseguir la difusió arreu del Principat.

#### Cloenda

De molt poc hauria servit el treball fet fins ara si amb la difusió d'*El llibre d'en Pau* tot s'acabés. Nosaltres som els responsables que el projecte "No estàs sol, no el deixis sol" esdevingui una realitat. Cal que ens engresquem a organitzar, per tractar aquest tema, i a cadascuna de les comarques un nucli de professionals del món de l'infant que siguin la referència de tots els que treballen en aquella zona i que coneguin les particularitats de la seva contrada. Ara ens toca actuar a nosaltres, que som una munió i no estem sols. La primera fita ha estat assolida: l'ampliació d'objectius del Pla de Salut ja inclou el tema de la detecció i de la comunicació dels maltractaments com a apartat específic i concret. El conseller de Sanitat és ben clar quan clou el seu escrit de presentació del *Llibre*: "un país que tracta bé i amb estimació els seus infants és un país sa. És per aquest motiu que tenim l'obligació de contribuir a fer-ho possible".

*Nota: els documents esmentats en aquest article són a l'abast de les persones interessades en la secció de Formació de l'ICS (Sra. Carmen Mata): Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 2. 25006 Lleida. Tel. 973 701 605*

## Els diferents tipus de maltractaments

Els diferents tipus de maltractament: signes de sospita (2) Martínez-Roig, 1993; (10) Domingo, 1997

#### Maltractament físic

És la forma més coneguda i la que provocà la primera definició específica de maltractament: la *síndrome del nen apallissat*. Inclou qualsevol acte que comporti lesions físiques, intoxicacions i/o malalties. Malgrat que els accidents són habituals en els infants, podem sospitar que ens trobem davant un traumatisme no accidental quan:

- A - Els pares:
  - Retarden la sol·licitud d'atenció mèdica.
  - Donen versions discrepants o, fins i tot contradictòries, pel que fa a l'origen de les lesions.
  - Han acudid a altres centres sanitaris per episodis similars.
  - Prenen una actitud passiva davant el fill lesionat.
  - Tenen antecedents de maltractament durant la seva infantesa.
  - Tenen una història d'aïllament, depressió i/o intolerància a la frustració.

Cal saber detectar precoçment les situacions de risc quan els pares:

- Demanen ajuda de forma indirecta mitjançant la sol·licitud d'atenció urgent per problemes aparentment banals o inexistents o bé d'un ingrès hospitalari injustificat segons el nostre punt de vista.
- Pelegrinen amb l'infant per diversos centres assistencials.
- Són incapaços d'aplicar una disciplina coherent.
- Desconeixen el desenvolupament normal d'un infant i tenen unes expectatives exagerades sobre el seu comportament.

B - L'infant:

- Té menys de tres anys.
- Presenta algun tipus d'invalidesa o malaltia crònica i/o ha estat separat dels seus pares precoçment, especialment si ha estat durant el període neonatal, o bé durant períodes de temps llargs
- Plora contínuament.
- Pren una actitud defensiva o de por davant els adults.
- Presenta lesions característiques en diferent període evolutiu, principalment:
  - Lesions cutànies (mossegades, cremades, macadures)
  - Fractures recents i/o antigues
  - Hematoma subdural, amb fractu-

ra o sense, que pot manifestar-se amb un augment del perímetre cranial, un trastorn de la consciència, convulsions i/o una hemorràgia retinal.

- És subjecte de negligència habitual o bé presenta malnutrició i/o retard ponderal i psicomotor.

- Ha sofert traumatismes recentment i té antecedents d'episodis similars.

- No té cap més lesió i millora el seu estat físic i psicològic quan se'l separa del medi en què viu habitualment (hospitalisme de signe invers).

C - La família es troba immersa en unes condicions socials i/o psicològiques desfavorables que poden desembocar en violència, tot i que en



alguns casos és difícil establir on acaba la correcció i la disciplina paterna i on comença el maltractament.

L'obtenció de fotografies i/o filmacions és aconsellable en aquests casos, atès que si cal aportar proves, en cas d'un eventual judici, permetrà objectivar l'estat de l'infant en el moment de l'atenció mèdica.

#### Maltractament per negligència

És la forma de maltractament infantil més freqüent. L'abandonament n'és la forma més greu, però també cal incloure-hi els casos en què no es té cura de les atencions mèdiques, d'alimentació i/o d'abric correctes o de privar l'infant d'una atenció protectora i/o educativa. L'explotació laboral va des del treball físic en edat escolar fins a l'ús d'infants com a reclam per demanar caritat.

Les manifestacions que trobem en un infant privat, de forma crònica, de les necessitats nutricionals i/o afectives inclouen:

- Retard ponderal o *hipotròfia per abandonament*, quadre en què destaca l'aprimament progressiu i la desnutrició, la posterior caiguda de la talla amb el manteniment del perímetre cranial i el retard de l'edat òssia i dentària. El compliment de les corbes de somatometria és imprescindible per avaluar correctament aquests casos. La retirada de l'infant del medi habitual on vivia i la satisfacció de les seves necessitats físiques i psicològiques provoca una millora espectacular en el seu estat.

- Retard psicomotor, que afecta sovint els quatre apartats: personal-social, llenguatge, motricitat global i motricitat fina. En el nen petit la troballa de plagiocefàlia o alopecia localitzada poden ser orientatives d'abandonament.

- Trastorns de conducta que, en els casos més greus, poden presentar-se amb:

- Actitud indiferent, amb la mirada perduda o buida, apatia, sense interès pel joc.
- Trastorns de l'alimentació (vòmits, remugament).
- Actituds d'agressió a l'entorn, d'autoagressió i/o autoestimulatives.

Una privació de curta durada en el temps pot no influenciar l'evolució de l'infant, però cal tenir també present l'edat del nen i la intensitat de la manca. En els nivells socioculturals deficitaris la negligència, física i/o emocional, pot aparèixer més per desconeixement de les normes bàsiques de puericultura o per problemes inherents a una maternitat massa precoç que a un maltractament conscient. I cal no oblidar les actituds culturals i/o religioses de les famílies, que poden condicionar les atencions que l'infant rep.



#### Maltractament psicològic

Apareix quan els adults responsables provoquen amb actuacions o privacions sentiments negatius en l'infant envers la pròpia autoestima i li limiten les iniciatives que té. En aquest camp hi ha el menyspreu continuat, el refús verbal i l'insult, la intimidació i la discriminació. Tot i no manifestar-se externament, la indiferència o la privació de sentiments d'estimació i acolliment poden provocar, si es presenten de forma crònica, trastorns importants de la personalitat. Poden afectar infants de tots els àmbits socials però predominaran allí on la verbalització esdevé el sistema de comunicació més freqüent, o sigui, en els nivells socioculturals més alts. En els àmbits socials més deficitaris econòmicament, els trobarem habitualment associats a altres formes de maltractament.

En els casos d'afectament lleu destaquen els trastorns del desenvolupament: retard psicomotor, immaduresa intel·lectual i dificultats en l'aprenentatge i en la parla. Si la manca s'allarga en el temps i/o augmenta d'intensitat, apareixen problemes emocionals i relacionals en forma de regressió o de conductes de tipus fòbic, histèric, maníac i/o depressiu. El maltractament psicològic abans de la preadolescència s'acostuma a expressar en forma de trastorns de les funcions (alimentació, son, esfínters). A partir de la preadolescència,

predominen les manifestacions emocionals i relacionals.

La sobreprotecció, en la mesura en què limita la capacitat de l'infant a créixer és contrària al bon tracte, protector però també estimulador, que l'infant necessita. Constitueix una forma de maltractament per excés.

#### Abús sexual

S'inclouen aquí tots aquells actes, més o menys crònics, en què s'utilitza sexualment un infant en benefici d'un adult que el coacciona o bé el sotmet per la seva autoritat. La forma més coneguda de maltractament sexual intrafamiliar és l'incest. El codi de silenci que s'estableix en aquests casos dins el nucli familiar esdevé el problema principal perquè, des de l'interior de la família, es pugui trobar una sortida. La manca de signes externs d'agressió dificulta el diagnòstic. El punt bàsic en l'abordatge d'aquests casos és la detecció de la situació d'equilibri abusador en què la família viu. La divulgació del fet abusiu trencarà l'equilibri familiar, però és el primer punt de l'abordatge terapèutic.

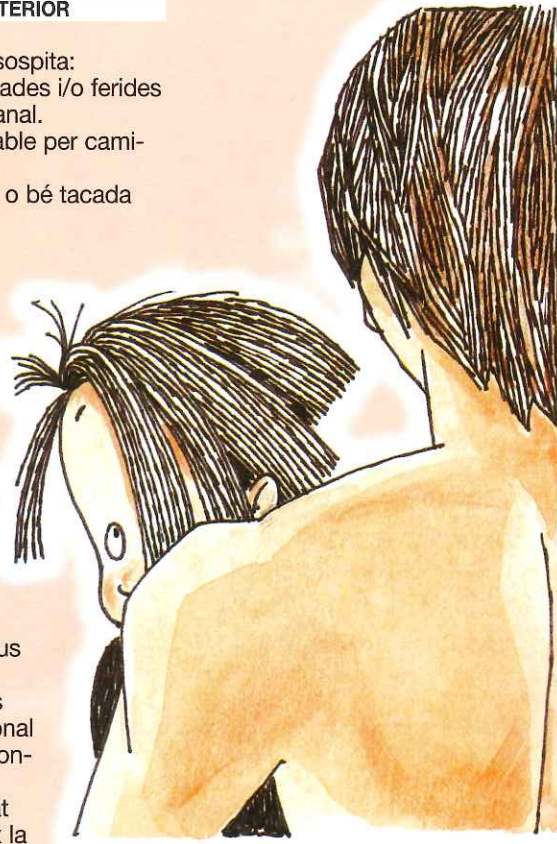
El pediatre o el metge que atén infants, que ha d'explorar sistemàticament els genitals, inclosa la zona anal, s'ha de plantejar el diagnòstic d'abús sexual si troba algun dels

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



següents signes de sospita:

- Dolor, cops, cremades i/o ferides a la zona genital i/o anal.
- Dificultat inexplicable per caminar o bé asseure's.
- Roba esquinçada o bé tacada de sang i/o semen.
- Negació de l'infant a dur a terme les activitats esportives de la seva edat i/o a no voler utilitzar la roba adient per fer-ho.
- Infeccions urinàries de repetició.
- Relaxament del to anal.
- Infant amb malaltia venèria als ulls, a la boca, a l'anús i/o als genitals.
- Signes importants d'afectament emocional (fugides, canvis de conducta).
- Embaràs inesperat del qual no s'aclareix la paternitat.
- Coneixements i/o interès exagerat en els comportaments sexuals dels adults.



- Molèsties inespecífiques indicatives d'abús crònic: enuresi, encopresi, dolor abdominal recidivant, problemes escolars recents.

- Infant víctima d'altres tipus de maltractament.

L'exploració ha de registrar tant els signes d'abús i les lesions associades com l'estat emocional del nen o de la nena. Cal creure la seva versió si afirma que ha estat víctima d'abús. En cas de confirmar-se la sospita, cal recollir el màxim de dades per evitar-li haver de passar de nou per interrogatoris i exploracions que representen una nova agressió. És aconsellable que sigui sempre la mateixa persona de confiança el seu interlocutor i que no es faci cap actuació sense la presència d'aquesta persona. L'enregistrament de

l'entrevista, prèvia demanda d'autorització, pot ser una bona manera d'actuar. Cal, a més, donar a la víctima missatges desdramatitzadors ("no ets l'únic/a que ha sofert aquesta situació", "tu no ets el/la responsable de tot això que ara passa"). Pel que fa als nens més petits pot ser útil, ateses les dificultats de verbalització, l'ús de ninots o els dibuixos fets per ell/a. I no s'ha d'oblidar de preguntar al mateix nen per l'origen de les lesions. Atès que no hi ha signes-guia definitius, cal, però, ser prudent per no diagnosticar falsos positius.

#### Maltractament prenatal

Apareix quan una dona en procés de gestació no té cura, de forma conscient o inconscient, de les atencions necessàries que demana el

seu estat i aquest fet perjudica el fetus. La situació més evident és la del fill de mare addicta a drogues, però també cal incloure l'alimentació incorrecta i/o deficitària, el ritme de treball exagerat i/o la manca de seguiment de l'embaràs, entre d'altres. La generalització de la consulta prenatal i la relació del pediatre amb els equips ginecològics i/o de preparació al part permeten una millor detecció dels casos amb risc.

#### Síndrome de Münchausen per poders

Consisteix en la descripció, per part dels pares o tutors, de fets falsos o en la provocació de símptomes de malaltia en un infant per generar un procés de diagnòstic i atenció mèdica continuats. La causa de base es troba en problemes psiquiàtrics dels pares. Per poder obtenir el diagnòstic, cal recollir els historials anteriors de l'infant, que sovint ha estat atès en diferents centres assistencials. Convé, però, estar amatent, atès que la insistència i la repetició de visites constitueixen, com hem apuntat abans, una forma encoberta i indirecta de demanda d'ajuda que cal no menystenir.

#### Maltractament institucional

El maltractament als infants no és exclusiu de l'àmbit familiar. Les institucions i els professionals del món de l'infant (centres sanitaris i professionals sanitaris, centres escolars i educadors, però també organismes administratius i polítics, entre molts d'altres) podem, així mateix, generar actuacions d'acció i/o omissió, que impedeixen el millor desenvolupament dels infants i els joves. Poden presentar-se en actuacions amb contacte directe amb l'infant o en actes o disposicions que van en contra dels interessos reals de la infància en general. La iatrogènia per manca de preparació dels professionals o bé la manca de coordinació entre els professionals en són bons exemples.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). "Concepte de maltractament". *Butlletí d'informació i associació*. Barcelona (s/d).
2. Martínez Roig, A.; De Pauli Ochotorena, J. *Maltrato y abandono en la infancia*. Ed. Martínez-Roca, Barcelona, 1993:86.
3. Inglés, A.; Angulo, I. *Els maltractaments infantils a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Atenció a la Infància, Barcelona, 1991.
4. López F. *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan de adultos*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1994.
5. Tello, C.; Miranda, A.; Longan, E.

"Abordatge de l'abús sexual a infants o adolescents atesos al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) de Lleida." *Jornada Commemorativa dels 25 anys del CSMIJ*, Lleida, maig de 1999.

6. Piqué, C.; Domingo, F. "Maltractament infantil. Protocol de derivació i recursos socials a l'abast." *Dimecres Pediàtric al CAP de Balaguer*, Balaguer, desembre de 1999.

7. Martínez Roig, A. *Detecció, intervenció i derivació dels maltractaments infantils pels professionals de la Sanitat*. Generalitat de Catalunya: Direcció General d'Atenció a la Infància, Barcelona, 1991.

8. Martínez Roig, A.; Domingo, F. "La prevención de los malos tratos desde el campo sanitario." *Infancia y sociedad*,

núm. 2; 1990; 31-45.

9. Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). *Atenció, fràgil*, Balaguer, 1990.
10. Domingo i Salvany, F. *El niño maltratado*. A: Bras, J.; De la Flor, J.E.; Masvidal, R.M. *Pediatría de Atención Primaria*. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona, 1997.
11. Domingo i Salvany, F. "No estàs sol, no el deixis sol" (editorial). *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, núm. 3; 1997; 151-152.
12. Domingo i Salvany, F. "Qui votarien els infants?" (editorial). *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, núm. 51; 1991; 87-88.
13. Domingo i Salvany, F. "La violència intrafamiliar descendent: l'infant mal-

tractat". *I Congrés Interdisciplinari d'Atenció Primària*, Tarragona, octubre de 1999.

14. Institut Català de la Salut (ICS) i Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). *El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la Infància per als professionals de la salut*. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1996.

15. Institut Català de la Salut (ICS)-Subdivisió d'Atenció Primària Centre i Lleida i Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM). *Auxili! El meu bebè no para de plorar. Consells per a les famílies*, Lleida, 1999.



La mandràgora. Il·lustració de "Tracuum Sanitatis in Medicina"

# La impotència a Lleida a la baixa edat mitjana

Són molts els temes d'interès que hem trobat en el decurs del buidatge dels aspectes mèdics dels processos de la cort del Veguer de Lleida. Ens referirem en aquesta ocasió als que fan referència a la impotència. Així, la impotència va ser una prova concloent en un procés per adulteri de l'any 1419.

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

L'any 1419, en un procés en què Francesca Llobera era imputada d'haver comès adulteri, aportà en la seva defensa que no era cert, perquè ja estava separada legalment del seu marit. Anys enrere s'havia obert un procés d'anul·lació del matrimoni per

impotència. L'oficial del bisbe dictà sentència de separació, en la qual es deia que la dona tenia facultat "de prendre altre marit, atès la dita impotència i fregiditat del dit son marit".

Les noces s'havien celebrat sis anys

abans, però no es va poder consumir el matrimoni. Segons declarà la muller, el seu espòs, "per sa frigiditat no pogué jaure carnalment ab ella". I que "ere fret, maleficiat e impotent i parie que fos moxell de stopa".

Tot i els reiterats intents, en no aconseguir copular, Bernat Llobera es posà en mans de metges, els quals li receptaren diverses substàncies afrodisíacques: "li sien stats fets e donats molts scalfaments e li sien estades donades moltes medesines per ço que lur natura fos confortada e scalfada en manera que pogués jaure carnalment ab ella". Aquells remeis no li van fer efecte. L'apotecari que preparà els remeis també asseverà la impotència d'en Bernat, dient que ell, "li ha fetes moltes medesines les quals ordenaven bons metges y que jamay per moltes que len dassen podie scalfar".

Joan Montgai, ciutadà honorat i amic de la parella, els convidà uns dies a casa seva, per si en aquell ambient més distès i confortable aconseguia vèncer la seva impotència. En vista que ni així aconseguia l'erecció, amb el consell i consentiment de l'esmentat Montgai i de la pròpia esposa, se cercà la col·laboració de dues bagasses, les quals acudiren a casa, per veure si amb les seves arts podien fer que en Bernat Llobera realitzés el coit. Tampoc no ho va aconseguir. La declaració de les prostitutes va ser, "quel dit Bernat ere de tot impotent per acte de conexer carnalment dones".

Finalment, Francesca inicià el procés de separació, que li fou concedit. Davant totes aquestes proves tan concloents, aportades per la defensa, fou absolta del delictes d'adulteri.

En aquest cas, desconeixem quins foren els remeis que els metges van aconsellar per vèncer la impotència de l'home.

Entre els remeis especialment emprats des dels temps més remots com a afrodisíacs, destaca la mandràgora (*mandragora autumnalis*), a causa de l'estranya forma antropomorfa de les seves arrels. Ha estat emprada en l'ocultisme, sobretot en pràctiques de bruixeria en la preparació d'ungüents i altres pocions estimulants de la funció sexual. Hi havia la creença que no es podia collir directament. Per fer-ho, era necessari lligar la planta a la cua d'un gos, el qual en ser cridat per l'amo arencava la planta. Tot seguit, s'havia de matar el gos, perquè es creia que, de no fer-ho, es tornaria rabiós".

Hi havia moltes altres substàncies utilitzades com a estimulants de l'erecció. Com a exemple d'aplicació tòpica en el membre:

-Fel de bou pastada amb mel *scumada*

-La pasta que s'obté de barrejar la cendra d'una cua de cérvol amb vi vell.

-Oli amb mostassa

-Una barrejada d'oli de nard, euforbi

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



groc, lliuri i oli de bàlsam

-Una picada de pebre comú i pebre llong, espic, gíngebre i musquet barrejada amb mel.

-La pasta que s'obté de moldre euforbi fresc, saxífraga i musc amb oli. Per via oral:

-Beure, en lloc d'aigua, llet fresca de vaca amb canyella.

-Menjar els ous de peix barrejats amb rovells d'ou.

-Menjar carn de moltó amb ceba, almurri i canyella.

-Menjar gallina grassa cuïta amb llet.

-Menjar moltó cuït amb naps i pastanagues

Important va ser el paper de l'ocultisme en el camp de la sexualitat, tant en l'elaboració de filtres afrodisíacs capaços de potenciar el vigor sexual com, al contrari, en la perpetració de sortilegis amb la finalitat de provocar la impotència a algú.

Com a exemple del primer supòsit, en un procés de l'any 1372 es jutjà Graïda, serventa del paer Ramon de Riambau, que volia seduir-lo: "feie tot son poder perque la amàs". En no aconseguir-ho a causa de la seva impotència, requeri el consell de dues metzineres jueves, les quals li aconsellaren que li donés per beure vi vell barrejat amb vi novell, i per menjar gallina amb salsa barrejada amb certes substàncies que no especifica i maspapà de faves torrades.

Succeí que el citat Ramon Riambau morí. No sabem si va morir per intoxicació de les substàncies afrodisíacques barrejades a la salsa o pel cadarn o refredat que patia. Per aquest motiu, na Graïda va ser processada.

Un dels testimonis interrogats va declarar que va veure que li posava alguna substància a l'escudella, però que creia que no eren metzines mortals, sinó que "fossen coses, perquè pogues engenrar"<sup>2</sup>. Interrogat sobre aquelles metzineres a les quals havia acudit la dona, digué que havien vingut "per empenyar-la o fer coses per empenyar".

Un exemple del cas contrari el trobem quan l'any 1398 va ser acusada una dona de ser metzinera i preparar



Els filtres d'amor es podien portar a sobre, com un talismà, o cosir-los en una peça de roba, de manera amagada, sense que ho sabés la persona a la qual es destinaven.

filtres de desamor. La bagassa Angelina sol·licità el consell i els serveis de la metzinera Caterina Sanchis per tal d'aconseguir la impotència del seu alcauot perquè la rebutgés.

La citada Caterina li subministrà certes pòlvores perquè, en veure-la, li semblés que "veies un dimoni". A la vegada, li facilità altres substàncies amb les quals podria atraure altres homes i, així, augmentarien els seus guanys. Denunciada pel seu amant i alcauot, li foren trobades a casa seva certes substàncies, o "metzines", es a saber, un os de hom que parie que fos barra de hom o de fembra i ungles de persona i un troç de dogal de cànem i timiana i algunes pòlvores de ques que fosen i un troç de pedra de maragda"<sup>3</sup>.

En aquella època, per preparar filtres d'amor s'emprava pèls (sobretot del pubis), ungles, ossos, certs metalls (maragdes, or, etc.) i trossos de roba de la persona amada. Reduïts a cendra, el polsim resultant s'afegia a les begudes, sopa, etc. També es podia

portar a sobre, com si fos un talismà, o cosir-lo en una peça de roba, de manera amagada, on la persona a la qual anava destinada no ho sabés.

Com a exemple important de malefícis per aconseguir la impotència de l'home, recordem que l'any 1453 va ser anul·lat el matrimoni entre Enric IV de Castella, conegut amb el nom d'Impotent, amb Blanca de Navarra, per la impotència del rei. Efectivament, les madrones van certificar la virginitat de la reina: "Dos matrones honestes, casades, expertes in "opere nuptiale", van declarar sota jurament que la reina era verge i incorrupta, tal com havia nascut. Així tornà sencera, melangiosa i fastiguejada a les seves terres de Navarra"<sup>4</sup>.

Enric IV adduí que la seva impotència va ser provocada per malefícis induïts per la seva pròpia esposa. Segons Marañón, "nuestro monarca era un displásico, eunucoide, con reacción acromegálica, lo que explica las modalidades de su carácter y su vida

sexual"<sup>5</sup>. Creu que la seva impotència era solament relativa, ja que no sembla creïble que es prestés a un segon matrimoni sense tenir una certa confiança en les seves forces.

Julio Valdeón el qualifica de "muñeco"<sup>6</sup>. Segons Zurita, entre els molts remeis que se li van donar, hi havia els que havia rebut d'Itàlia, considerada aleshores "metròpoli de la ciència eròtica".

D'exemples d'impotència relativa provocada pel nerviosisme propi del moment n'hi ha molts.

L'any 1352, la bagassa Joana Pérez acusà el moro Mahoma d'Alfabo d'haver volgut tenir relacions sexuals amb ella, tot i que aleshores estaven del tot prohibides les relacions carnals entre moros i dones cristianes.

Ja abans d'iniciar la relació sexual, la dona va veure que l'home estava molt nerviós: "tremolava i mudà tot de color". Segons declarà, el sarraí va intentar jeure amb ella, però no ho aconseguí: "lo dit hom estech damont la dita Joana aytant com està en dir dos paternostres, mas que per cert, no jac ab ella". Al no aconseguir la penetració, ella s'adonà que ere un sarraí perquè estava circumcidat: "trobà que lo membre ere retallat"<sup>7</sup>.

Lavors, el rebutjà i el denuncià a les autoritats.

Un altre cas és el de l'esclau Joan Navarro, acusat l'any 1447 de l'intent

de violació d'una fadrina de nou anys.

En el decurs de l'interrogatori que se li va fer, amb aplicació de turments, confessà que, efectivament, havia intentat violar la nena, però que no ho aconseguí: "en veritat està que ell pres la dita fadrina vora la dita cèquia per voler-lo-hi fer e alçà-li les faldes emperò no l'hi feu"<sup>8</sup>.

Pel fet de pertanyer, com a esclau, a una de les minories marginades, Joan Navarro, tot i no haver comès la violació, va ser despietadament turmentat

amb els turments del guant i de l'aigua, i finalment penjat a la forca<sup>9</sup>.

Un altre cas és de l'any 1458, en què dos pagesos i un hostaler de Lleida van ser acusats de la violació d'una fadrina a la qual prèviament havien segrestat.

En el decurs de les declaracions, els acusats manifestaren que efectivament havien intentat jeure amb ella, sense aconseguir-ho: "ell, acusat, ho volgué fer ab sa voluntat de la dita moça e no li pogué fer. E après, montaren-li damunt, los dits Bonanat i Sent Vicent e tanpoc no li pogueren fer res"<sup>10</sup>.

De vegades sembla que la impotència del marit podia ser el factor que havia provocat l'adulteri de l'esposa.

L'any 1393, Andrea, muller de Martí Camanyes, va ser degollada per aquest. Ella continuament li retreia la diferència entre l'apatia sexual d'ell i el fogós comportament d'altres amants que havia tingut durant el seu matrimoni.

Li deia: "Oh! Cóm me anave amb en Sabater! I després, Déu sap, com me anave amb lo Comanador d'Horta i amb en Galceran Oller!. A la fe, aleshores me anave bé. Me enyoro"<sup>11</sup>. La gelosia del marit va fer que un dia, veient com un d'aquells amants sortia de casa seva, reaccionés violentament i la degollés.

- ◆ Hi havia moltes substàncies utilitzades com a estimulants de l'erecció
- ◆ Itàlia era considerada aleshores la 'metròpoli de la ciència eròtica'

## NOTES

- [1] FONT I QUER, P. *Plantas Medicinales. El Dioscórides renovado*, pàg. 593
- [2] CAMPS CLEMENTE, M. *Anàlisi dels aspectes mèdics de la mort violenta a Lleida a la Baixa Edat Mitjana*. Tesi de doctorat. Tom I, pàg. 126-127
- [3] "Les dites coses li serien bones per inclinar los homes a hun major amor en ella, com sie fembra pecador i visqui d'aquell guany". CAMPS I CLEMENTE, M. "Metzesses, metzineres i dones remeieres a la Lleida del segle XIV". XXV Aniversari dels Congressos d'Història de la Medicina Catalana, Gimbernat, Barcelona 1995.
- [4] MARAÑÓN, G. *Ensayo biológico sobre Enri-*

que IV de Castilla y su tiempo. Capítol IV

[5] MARAÑÓN, G. *Ensayo biológico sobre Enri-*

que IV de Castilla y su tiempo. Capítol IV

[6] TUÑÓN DE LARA, M. *Historia de España*, vol. IV, pàg. 159

[7] La dona digué que, "mas a la porta del forat lo li meté i ella, acostà la mà per metre lo membre en sa natura i trobà que el membre ere retallat".

CAMPS I CLEMENTE, M. *Anàlisi...*, Tom I, pàg. 92

[8] CAMPS I CLEMENTE, M. *El turment a Lleida, (XIV-XVII)*. Lleida-Alcarràs, 1998, pàg. 93

[9] El turment del guant consistia en unes peces de fusta que, adaptades als dits de la mà, els comprimia fortament, compressió que s'augmentava en introduir a cops de maça unes falques

entre dites peces, la qual cosa provocava fractures de falanges i un dolor insuportable. En el turment de l'aigua es feia caure continuament un raig d'aigua entre el nas i la boca que impedia respirar. CAMPS CLEMENTE, M. *El turment...*, pàgs. 21-22

[10] CAMPS I SURROCA, M.- CAMPS CLEMENTE, M. "Estudi de la violació a Lleida en el segle XV". VI Congrès d'Història de la Medicina Catalana, Manresa, 1990

[11] La visura o peritació mèdica del cadàver diu que: "trobaren que per la mamella esquerra tenie una nafra, la qual parie que fos feta ab punyal i tenie la gola i lo pits i la templa del cap, a la part esquerra, tot sangonosa". CAMPS I CLEMENTE, M. *Anàlisi...*, pàg. 180



## Unimos esfuerzos para multiplicar resultados

Laboratorio en Lleida:

Príncep de Viana, 70-72 baixos  
25008 LLEIDA

Tel. 973 240 008

Horario de atención al público:

de lunes a viernes, de 7.30 h a 19.30 h  
sábados de 8.30 h a 13.00 h



laboratorio de análisis  
**DR. ECHEVARNE**

LLEGAMOS MÁS LEJOS

www.echevarne.com



## Acords de la Junta de Govern

La Junta del COML ha adoptat els següents acords en les sessions ordinàries dels dies 4 de novembre i 12 de desembre passats:

- Àrea de Serveis Financers i d'Assegurances: es planificarà la campanya per l'any 2000, s'estudiarà la implantació, a la seu col·legial, d'un nou programa informàtic de comptabilitat, i es fixaran els preus dels serveis fiscals que es donen al Col·legi per l'any 2000.

- Servei de l'Assegurança de Responsabilitat Civil: s'augmentaran un 3,4% les primes per l'any 2000.

- PAIMM: es posarà en funcionament un telèfon directe i exclusiu per a aquest servei i es responsabilitzarà de l'atenció telefònica un dels administratius del Col·legi.

- Se signarà contractes de pràctiques en les oficines col·legials per als alumnes de la branca administrativa de FP de l'IES Josep Lladonosa.

- Docència: s'aprovarà el programa i el calendari de la Formació Continuada de l'any 2000. Pel que fa a l'accés extraordinari al títol d'especialista en Medicina Familiar i Comunitària, els responsables dels quatre col·legis de metges catalans han decidit crear una Oficina d'Informació Col·legial, que funcionarà a partir dels primers mesos del l'any 2000. L'oficina recollirà els currículums de les persones interessades, els analitzarà i donarà informació personalitzada a cadascun dels aspirants. Els responsables de l'Oficina a Lleida seran el Dr. Casanova i el Dr. Sagrera.

- Es col·laborarà amb el Seminari Interdisciplinari de la Dona. La Junta de Govern ha rebut informació, a més a més, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya sobre els temes següents: proposta de reglament de funcionament intern de la Comissió de Deontologia i Ètica, sistema

de participació en la Fundació Pere Virgili d'acord amb els criteris de les respectives juntes de govern provincials i trasllat al Ministeri de Sanitat d'un informe sobre la problemàtica per a l'obtenció del títol d'especialista per via del MESTOS per a les especialitats d'al·lèrgologia, geriatria i ORL. Així mateix, la vocalia de Metges d'Assistència Col·lectiva explica l'estat de les negociacions sobre honoraris mèdics amb les companyies d'assegurances.

### Honoraris orientatius

La Llei 7/1997 de 14 d'abril, de mesures liberalitzadores en matèria de sou i col·legis professionals, no permet que els col·legis professionals fixin honoraris mínims, però si que és possible arribar a acords voluntaris amb les entitats del sector d'assegurances sanitàries. Per aquest motiu, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona va proposar un document sobre honoraris orientatius recomanats, que es basa en el nomenclador del COMB de 1995, per negociar amb les entitats d'assegurances.

La situació real actual dels honoraris professionals està en la majoria dels casos sobre el 60% d'aquest barem, si bé hi ha entitats que per mitjà de pactes individuals estan per sobre d'aquesta mitjana percentual.

El document sobre honoraris orientatius recomanats va ser presentat pel Dr. Alfons Malet, vicepresident del COMB, a l'assemblea de la secció col·legial d'assegurança lliure el passat 25 d'octubre de 1999 i, després de llargues discussions, ja que sectors presents el trobaven insuficient, l'assemblea li va donar el seu suport com a eina de negociació inicial amb totes les entitats d'assegurances, a fi

d'aconseguir acords que millorin els honoraris actuals.

L'assemblea de compromissaris del COMB del 26 d'octubre de 1999 també va aprovar i ratificar aquest document, segons preveu la Llei 7/97 de 14 d'abril sobre col·legis professionals.

Posteriorment, durant el mes de desembre, s'han establert contactes entre els quatre col·legis de metges de Catalunya per fer negociacions conjuntes, o s'han creat eines de treball similars en les quatre províncies. La junta del Col·legi de Lleida celebrada el 13 de gener de 2000, on es va presentar l'esmentat document sobre honoraris orientatius recomanats, també va aprovar-lo i va quedar a disposició de tots els col·legiats que el vulguin consultar en la seu col·legial.

### MOVIMENT COL·LEGIAL

**Altes:**  
Alexandra Guiu Martí, nova Laura Mòdol Vilalta, reingrés Manuel Ballester Rodés, procedent de Barcelona Antoni Àngel Barceló Montalà, nou Francisco J. Maravall Royo, procedent de Barcelona Mercè Camps Juan, nova José M<sup>a</sup> Miñana Calafat, procedent de Barcelona

**Habilitacions:**  
Marta Vallverdú Pujol, des de Tarragona M<sup>a</sup> Isabel Domingo Aranda, des d'Osca Anna Tamames Cerdà, des de Barcelona Juan M. Bernad Polo, des de Saragossa Guillermo Bovio Hera, des de Saragossa

### FORMACIÓ

**Programa de formació mèdica continuada**  
Data: 31 de gener  
Coordina: Dr. J. M. Casanova  
20 hores. Casos clínics  
1. La tuberculosi miliar. Dr.

Joan Loscos.

2. Lepra lepromatosa. Dra. Gemma Pascual.  
20,30 hores. Actualització en patologia digestiva del metge d'atenció primària  
1. Etiopatogènia i tractament actual de l'ulcus pèptic. Dr. J. Reñé  
2. Avanços en hepatitis, a càrrec del metge d'AP. Dr. M. Miralbé

Data: 29 de febrer  
Coordina: Dra. P. Herrera  
20 hores. Casos clínics  
1. Escrófula. Dra. Elisa Revuelta  
20,30 hores. Actualització en patologia de l'aparell respiratori

1. Síndrome de l'apnea-son. Dr. M. Vila  
2. Tractament actual extrahospitalari de les broncopaties obstructives. Dr. Joan Clotet. del CAP de Ponts

Data: 28 de març  
Coordina: Dr. E. Solé  
20 hores. Casos clínics  
20,30 hores. Actualització en urologia  
1. Tractament mèdic de la hipertròfia prostàtica benigna. Dr. R. Recasens  
2. Maneig de la impotència. Dr. J. Guajardo

Data: 25 d'abril  
Coordina: Dr. J. Prat  
20 hores. Casos clínics  
20,30 hores. Drogodependències  
1. Tabaquisme. Dra. B. López  
2. Drogues de disseny. Dr. I. Casado

**Tallers any 2000**  
Data: dissabte 8 d'abril  
Taller d'embenaments. Dr. Emilià Curià  
Taller de cirurgia menor. Dr. Joan Bases  
Taller de teràpia inhalatòria en pediatria. Dr. Eduard Solé

**Cursos any 2000**  
1r trimestre  
Curs de medicina tropical. Coordinador: M. Esquerda

Totes les activitats tindran lloc a la seu del Col·legi de Metges de Lleida.

La resta de la programació es publicarà en el proper número del *Butlletí Mèdic*.

## AINEs a la 3a edat

Les estadístiques afirmen que un 20 % de les persones majors de 65 anys prenen AINEs esporàdicament. Restringir al màxim les seves indicacions i combatre l'autoprescripció és un repte pels reumatòlegs i pels metges de capçalera.

La majoria dels efectes secundaris dels AINEs són més freqüents en la gent gran sobretot la gastrotoxicitat i la nefrotoxicitat. Degut a què aquets malalts a vegades estan polimedcats hem d'estar atents a la possibilitat de que es produeixin interaccions medicamentoses amb la digoxina, antihipertensius i anticoagulants orals.

És important insistir amb la resta de possibilitats terapèutiques de què disposem abans d'utilitzar aquests tipus de medicament. Està demostrada l'eficàcia de mesures no

farmacològiques com són el repòs, la pèrdua de pes, la fisioteràpia, etc. Els analgèsics simples com el paracetamol i el dexketoprofé tenen menys efectes secundaris que els AINEs. Els analgèsics opiacis i els miorelaxants no estan indicats en aquest marge d'edat. En alguns pacients és útil la injecció intraarticular de corticoides o bé de condroprotectors.

No s'han pogut establir avantatges definitius per cap AINEs. Es recomana utilitzar AINEs poc potents i que inhibeixin de forma selectiva la COX2 per evitar els efectes secundaris. L'ibuprofé, el naproxé i els nous AINEs que inhibeixen de forma selectiva la COX2 tenen una bona relació eficàcia / tolerància. Es recomana fer sempre gastroprotecció en pacients majors de 65 anys. En articulacions superficials la via tòpica pot aportar alguns beneficis, la via rectal és incòmoda i hem de prescindir de la via IM,

EV i sublingual. L'associació de diferents AINEs augmenta la toxicitat però no els beneficis.

Dolors Boquet

## Mujer joven con déficit neurológico focal progresivo

Mujer de 81 años que es remitida al hospital para revisión neurológica. A los 40 años había presentado de forma aguda una hemiparesia izquierda que recuperó, repitiéndose durante los años siguientes en varias ocasiones. Se diagnosticó una esclerosis múltiple. En la actualidad presentaba una hemiplejía facio-braquio-crujal izquierda sin otra clínica neurológica y una exploración cardiovascular normal. Hacía unos años que se conocía diabética e hipertensa. La evolución clínica hacía improbable una esclerosis múltiple y se

solicitó una RM cerebral que detectó múltiples lesiones focales correspondientes a angiomas cavernosos, el mayor de 3 cms de diámetro localizado en zona fronto-parietal derecha. Un hermano de 71 años, epiléptico, había obtenido el mismo diagnóstico hacía un año, una cavernomatosis múltiple.

Los angiomas cavernosos representan el 15 % de las malformaciones vasculares cerebrales y afectan al 0.7 % de la población. Se conoce una forma esporádica caracterizada por lesiones cerebrales aisladas y una forma familiar de herencia autosómica dominante, con múltiples lesiones. Frecuentemente silentes, cuando dan clínica suelen comenzar en la 3<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> décadas con crisis epilépticas, defectos neurológicos focales o

PASSA A LA P. SEGÜENT

Parlem clar • Parlem el teu idioma

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

### 1 Què significa aprendre amb horaris flexibles?

A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, creem un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

### 2 En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?

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

**20%** descompte a tots els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i als seus familiars



**WALL STREET INSTITUTE**  
SCHOOL OF ENGLISH

www.wsi.es

Informa-te'n trucant al

**900 40 40 50**

o visitant el teu Centre més proper

**A Lleida:**  
**Ramón i Cajal, 6**



## VE DE LA PÀG. ANTERIOR

cefalea. El estudio angiográfico suele ser negativo porque son malformaciones vasculares de bajo flujo; igualmente la TC puede ser normal y es la RM la prueba diagnóstica de elección. Hay descritos en nuestro país 6 casos de cavernomatosis múltiple familiar; la peculiaridad del caso presentado reside en su larga evolución, inicialmente "en brotes" simulando una esclerosis múltiple.

Oscar Sacristán

**Necrosis avascular de cadera**

Paciente de 42 años, tabaquismo y enolismo importante. Antecedentes de cialgia brucelar, escoliosis lumbar, raquisquisis S1, alopecia psicógena, psoriasis, luxación recidivante de hombro y dedo en martillo de pie derecho.

Desde hace seis meses coxalgia bilateral mecánica, irradiada a rodillas, que se acompaña de dolor muy intenso que le imposibilita la deambulación.

**Exploración física**

B.E.G., afebril. Placas eritematoescamosas diseminadas en superficie corporal, pits ungueales, alopecia generalizada. Estigmas de hepatopatía. A. PULMONAR Y CARDIACA: sin hallazgos. ABDOMEN: anodino. APARATO LOCOMOTOR: Articulaciones cervical, escapulo humeral, interfalángicas de manos y pies, rodillas y tobillos libres y no dolorosas. Escoliosis derecha. Articulación coxofemoral derecha con R.I disminuida y dolorosa. Articulación coxofemoral izquierda con R.I. dolorosa y disminuida y R.E. disminuida. SISTEMA NERVIOSO: normal.

**Pruebas complementarias**

Hemograma: 6100 leucocitos, Hemoglobina 15, Hematocrito 42.1,

Plaquetas 142000, VSG 6, PCR 3.17.

Hemostasia: normal.  
Bioquímica: destaca ácido úrico 8.42, resto normal.  
Orina: normal  
Factor reumatoide y ASTO: negativo.  
Serología: anticuerpos anti-brucella negativos.  
ECG: normal  
Radiografía tórax: normal.  
RX. Columna: Raquisquisis de S1, sacroiliacas libres. Rodillas: pinzamiento de compartimento interno de ambas. Caderas: Imagen compatible con NICF grado III bilateral.

TAC caderas: Esclerosis de ambas cabezas femorales, fragmentación de huesos subcondral bilateral, afectación de hueso trabecular y necrosis avascular bilateral de cadera.

Tras su ingreso, diagnóstico y tratamiento, el cuadro doloroso remite parcialmente, recomendándose controles posteriores en CCEE de Traumatología en HUAUV.

**Diagnósticos**

1. Necrosis avascular de ambas cabezas femorales 733.43
2. Psoriasis en placas 696.1
3. Obesidad 278.0

**Tratamiento**

1. Reposo funcional
2. Tratamiento de su psoriasis
3. Control en CCEE de traumatología.

**Dr. Antonio Giménez Valverde**  
**Dra. M. Antonia Lafarga Giribets**

**Diarrea crónica intermitente**

Mujer de 22 años. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes patológicos: varios episodios de anemias ferropénicas. Enfermedad actual: desde la infancia, 2/3 episodios al mes de diarreas oleosas de 3/5 días de duración que controla con Fortasec. En la

exploración física destaca un IMC de 18.3 y palidez mucocutánea.

Exploraciones complementarias: Anemia microcítica hipocroma (Hemoglobina 6.4g/dl, hematocrito 24.4%). Bioquímica de sangre: colesterol 109 mg/dL, hierro 10 ug/dL, ferritina 7 ng/mL, aumento de las transaminasas. Folato bajo (327 nmol/L). Estudio tiroideo, coagulación y digestión de principios inmediatos normales. Coprocultivo y parásitos en heces negativo. Inmunología: positivos los anticuerpos anti gliadina y anti endomisio.

Diagnóstico diferencial: Dentro de la diarrea crónica esteatorreica, encontramos las enfermedades que cursan con maldigestión, con malabsorción, o con obstrucción linfática. En nuestro caso excluimos la maldigestión y la linfangiectasia intestinal por las pruebas de laboratorio. La malabsorción incluye: infecciones crónicas pero el estudio microbiológico fue normal, toma de fármacos que no costaban entre los antecedentes, y enfermedades intestinales difusas cuyo diagnóstico diferencial se realizó por la suma de clínica, inmunología y biopsia intestinal.

Juicio diagnóstico: Enfermedad celiaca.

Discusión: Ante la sospecha diagnóstica de celiaquía se remite al digestólogo que realiza biopsia de la tercera porción duodenal por endoscopia digestiva. La anatomía patológica revela atrofia vellositaria severa, apoyando el diagnóstico. Se instauró dieta sin gluten y feroterapia, objetivándose a las dos semanas una mejoría de los parámetros analíticos alterados, aunque persistía una anemia ferropénica severa. Clínicamente la paciente permanecía asintomática confirmándose el diagnóstico de enfermedad celiaca.

A. Lara / M. Ortega

**Edema de papila bilateral**

Presentación del caso: Mujer de 42 años que consulta por cefalea. Antecedentes familiares sin interés y patológicos de hipertensión arterial (HTA) sin tratar. Refería como síntomas cefalea frontal de 2 meses de evolución y alteraciones en la visión en forma de puntos negros, diplopía a la mirada extrema a la derecha y oscurecimientos fugax. En la exploración física observamos obesidad, tensión arterial de 180/105, no focalidad neurológica y en el fondo de ojo (FO) edema de papila bilateral.

Pruebas complementarias: Se realizó bioquímica básica de sangre y orina, hemograma, estudio de coagulación, radiografía de tórax, TC craneal, RMN craneal y análisis del líquido cefalorraquídeo que fueron normales. La medición de la presión intracraneal (PIC) fue de 40 mmHg.

Diagnóstico diferencial: Se realiza entre los procesos que cursan con edema de papila bilateral: la HTA, el pseudoedema de papila, algunos procesos metabólicos, la neuritis óptica y la hipertensión intracraneal (HIC): lesión expansiva, HIC idiopática. Juicio clínico: HIC benigna.

Discusión: Se descartó la HTA ya que no existía retinopatía hipertensiva; tampoco es compatible con pseudoedema de papila ya que no da alteraciones en la visión. En nuestra paciente no existe encefalopatía hipertensiva por lo que se descartaron las causas metabólicas. La afectación de la visión no fue brusca ni grave descartándose una neuritis óptica. Con la neuroradiología se descartó lesión expansiva remitiéndose al centro de tercer nivel de referencia con sospecha de HIC benigna confirmándose con un registro de PIC patológico (> 20 mmHg).

A. Lara / M. Ortega



# ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

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

## Som eficaços

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

Servei d'Atenció al Client 24 hores:

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

**DELEGACIÓ A LLEIDA**

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

**adeslas**  
ASSEGUANCES DE SALUT





**MTB**

DISTRIBUCIONES  
TECNOLOGICAS, S.L.

# Especialitzats en equips endoscòpics

*ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,  
Aparell Digestiu, Neonatologia,  
Pediatría, Cirurgia Abdominal*



**ENDO  
SCOPY  
Units**

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

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

AL SEU SERVEI A:

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