



de Bat a Bat

Número 15 • Novembre/desembre 1996

Periòdic de la Fundació Hospital/Asil de Granollers

Programa d'Orientació i Suport a Persones Afectades de Càncer (POSPAC)

El programa s'estructura en 15 tallers, de quatre hores de durada cadascun, que aporten orientació i suport psicosocial als malalts de càncer i als seus familiars.

Des del mes de gener a l'HGG s'aplica un programa d'orientació i suport a les persones afectades de càncer. L'impuls per iniciar aquest programa va ser la demanda d'una persona amb càncer que és atesa al nostre Hospital. Els sotassignats vam elaborar el programa que ha estat aprovat per la Direcció de l'Hospital.



M. Dolores Requena, Rocío Villalba i la Dra. Mariana Bernet, integrants de l'equip redactor del programa d'orientació i suport.

•••(Continua a la p. 2)

El nou codi penal i el professional sanitari
p. 3

Entrevista al Dr. Arturo Herrero i Marina Molins, responsables de consultes externes
pp. 4 i 5

La pròstata
p. 6

L'arxiu, un servei entre l'actualitat i la història

Dins l'objectiu de mantenir la continuïtat en l'assistència de cada malalt, l'arxiu s'erigeix com a font indispensable per garantir el seguiment de la informació disponible sobre els usuaris dels nostres serveis. Un camí obert d'anada i tornada entre el present i el passat.

L'arxiu central d'històries clíniques està situat en el segon soterrani, al costat de secretaria mèdica i la biblioteca.

L'arxiu té espai per emmagatzemar més de 300.000 històries clíniques. Això fa possible que tots els ciutadans del Vallès Oriental, que utilitzen els serveis de l'Hospital, hi tinguin una carpeta amb la documentació de cadascun dels seus processos assistencials.

L'arxiu central d'històries clí-

niques forma part del servei de documentació mèdica. La seva estructura té dues parts:

- L'arxiu actiu
- L'arxiu passiu

L'arxiu actiu està actualment en ple rendiment i funcionament. L'arxiu passiu és aquell on es guarda la història clínica dels usuaris que han mort, dels que s'han traslladat a viure en una altra zona i dels que no se n'ha consultat la història clínica,

•••(Continua a la p. 2)



Programa d'Orientació i Suport a Persones Afectades de Càncer (POSPAC)

(Continuació)

de Bat a Bat

Director

Camil Escáñez

Redactora en Cap

Gemma Carbonell

Consell de Redacció

Carne Barbany

M. Dolors Dalmau

Consol Fusté

Coral Gómez

Olga Gómez

Marina Molins

Patricia Prieto

Josep Maria Tàrrrech

Gemma Tintó

Col·laboradors

Jesus Bernabé

Josep M. Bosch

Dra. Mariana Bernet

M. Dolors Casacuberta

Dr. Lluís Cortadellas

Carles Gotanegra

Dr. Josep M. Ibáñez

Dr. José Luis Inaraja

Dra. Laura Jolis

M. Dolores Requena

Dr. Xavier Serres

Dra. Pilar Vicente

Rocío Villalba

Assessoria i Assistència

Redaccional

Josep Díaz

Disseny

Simó Calvo

Etiquetatge i embossament

Residents del Centre Geriàtric

(Ve de la p. 1)••• L'objectiu és facilitar a les persones diagnosticades de càncer i als seus familiars, des de l'inici i en el decurs de l'evolució de la seva malaltia, tots aquells recursos –habitualment no emprats en l'àmbit mèdic, i integrats en un pla d'orientació i suport psicosocial– que puguin contribuir a millorar el seu estat físic i psíquic.

El desenvolupament del programa ve donat, durant l'any 1997, per 15 tallers d'una durada de 4 hores cadascun, en forma de xerrades participatives, que impartiran els professionals de la Fundació DOMO Teresa Piulachs i Núria Carsi. El contingut d'aquests tallers serà, de manera resumida, el següent:

En el primer bloc es treballarà l'impacte creat pel diagnòstic de malaltia greu a qualsevol persona i com es pot aprendre a gestionar l'ansietat i la por que això pot generar; quina és la percepció de la

persona afectada de càncer respecte de la seva malaltia i de la possible alteració de la imatge corporal que pugui comportar, per si mateixa o com a conseqüència del tractament; i recomanacions per assumir la pèrdua d'una part del propi cos.

Per altra part, es donaran recursos que puguin facilitar l'acceptació dels diversos tractaments (cirurgia, quimioteràpia o radioteràpia).

El segon bloc pretén aprofundir el coneixement sobre els possibles factors de risc que hagin pogut afavorir l'aparició de la malaltia, i com millorar l'autoestima. També es donarà informació sobre nutrició i càncer.

Finalment, en el darrer bloc s'exposaran de manera individual les pautes per ajudar a desenvolupar les capacitats necessàries per gestionar de forma saludable les pròpies necessitats i augmentar les forces de recuperació. També es treballarà com aconseguir una

revaloració positiva de la idea de salut i vida.

Durant el transcurs de l'any i al final del mateix, es realitzaran avaluacions de la utilitat del programa, mitjançant l'aplicació d'una metodologia específica.

D'altra banda, a part dels tallers, es facilitarà i donarà informació de tots els recursos existents en els àmbits hospitalari i d'atenció primària, l'Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) i els serveis socials.

Es realment un repte per a nosaltres i per a la Direcció de l'Hospital aconseguir que les persones afectades de càncer puguin millorar la seva qualitat de vida.

Dra. Mariana Bernet

Dra. Laura Jolis

M. Dolores Requena

Dra. Pilar Vicente

Rocío Villalba

B!!! de guàrdia



L'arxiu pot emmagatzemar més de 300.000 històries.

(Ve de la p. 1)••• en cap departament de l'Hospital, en un període de temps superior a cinc anys.

El principal objectiu de la història és mantenir la conti-

L'arxiu, un servei entre l'actualitat i la història

(Continuació)

nuitat de l'assistència per a cada usuari, dins de l'organització assistencial considerada. Això suposa una continuïtat de la informació: un pont que els suports documentals estableixen entre els nombrosos facultatius, els quals encara que no coneguin l'usuari utilitzen la seva història clínica per bescanviar-ne dades i informació.

La necessitat d'evitar la constant pèrdua d'informació que es produeix en la relació metge-usuari justifica l'interès d'acordar un suport eficaç, capaç d'acoblar la informació passada

amb la que s'anirà produint, entenent que la història única, integrada i acumulativa respon a totes aquestes necessitats.

Resum de l'activitat d'històries clíniques

(dades fins al novembre de 1996)

Urgències:	85.100
Hospitalitzacions:	12.691
Consultes externes:	88.620
Processos no assistencials:	10.400

Plantilla

Hi ha cinc persones, de les quals una és oficial de primera

i té el càrrec de coordinadora, i les altres quatre són oficials de segona; tots ells depenen de la directora de Servei d'Admissions, actualment Àngels Gensana.

Novetats

Actualment s'està provant la codificació d'històries amb colors, per tal de fer més distintiu el sobre on es guarda tota la documentació clínica.

Jesús Bernabé
Carles Gotanegra

El nou Codi penal i el professional sanitari

L'aprovació del nou Codi penal ha desfermat molt debat, al qual no ha estat aliè el col·lectiu de professionals de la sanitat. Molt probablement la judicialització dels conflictes sorgits en l'exercici professional d'aquest col·lectiu (viscuda com a creixent dels seus protagonistes, però que en realitat està en una fase d'estabilització en els darrers anys) ha afavorit i potser fins i tot contaminat aquest debat.

El nou Codi penal, per definició, té importància per multiplicitat d'aspectes:

Tècnicament, perquè significa una sistematització d'un extens cos legal que a base de petites modificacions puntuals no posseïa l'harmonia exigible.

Políticament, pel fet que un Codi penal és el que algú ha definit com "la Constitució en negatiu" i, per tant, comporta el trasllat a la llei penal del consens social al voltant de la valoració de determinades conductes. Aquest motiu ha fet que se'l conegui com el "Codi penal de la democràcia", si bé la seva millor o pitjor qualitat ens permetrà veure si l'expressió ha estat afortunada.

Podem destacar del nou text, pel que fa a aspectes generals, la introducció d'un nou sistema de condemnes i la reducció —en termes generals— de la durada de les condemnes privatives de llibertat, contrapesada per una eliminació de la redempció pel treball (és a dir, condemnes més curtes però que es compliran efectivament en major part); pel que fa a les figures delictives concretes, podem dir que el nou Codi incideix especialment en els delictes anomenats de "coll blanc", en els ecològics, en els delictes contra els consumidors i en els que ataquen el principi d'igualtat (sexe, raça, etc...).

El delictes d'imprudència

Partint de la base que el professional de la sanitat té com a principal preocupació la criminalització de la seva actuació en el dia a dia, hem de centrar-nos en els delictes imprudents, ja que la presència de dol (consciència i voluntat de delinquir) fa irrelevant la naturalesa de la professió, i en tot cas queda fora de la voluntat i l'interès del lector.

En aquest sentit cal recordar que la imputació del delictes imprudent suposa una acció o omissió imprudents (infracció d'una norma de cura, normes que en el camp sanitari són generades pel conjunt de coneixements de la comunitat científica), l'existència de resultat i una relació de causalitat entre l'acció o omissió i el resultat,

de tal manera que sense aquella no es podria haver produït aquest.

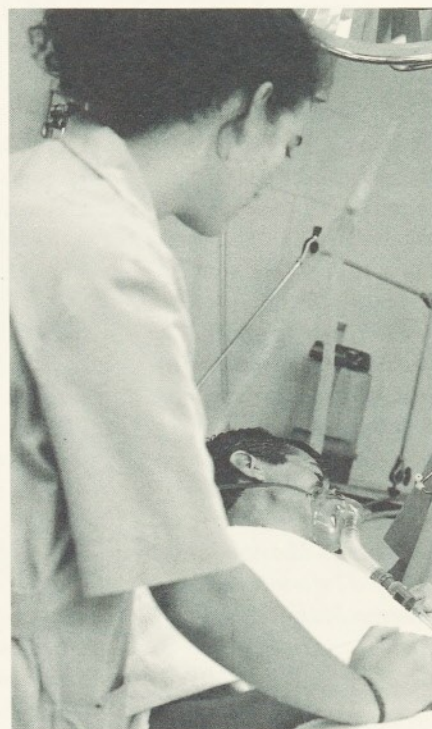
Les penes

El Codi parla de la imprudència lleu i de la greu, davant de l'antiga classificació de temerària i simple. Cal dir que no hi ha regles de diferenciació clares, i és la jurisprudència qui haurà d'establir-les. Apareix però un tipus privilegiat de la imprudència, la imprudència professional, que comporta la pena necessària d'inhabilitació professional. És a dir, si l'autor del delictes o falta és un professional en l'exercici de la professió, sigui la imprudència greu o lleu sempre serà inhabilitat professionalment. I això serà així, tot i que —com succeirà en la gran majoria dels casos— la pena de presó sigui suspesa (és a dir, inferior a 2 anys, que el condemnat no tingui antecedents penals i que hagi satisfet les responsabilitats civils derivades de la condemna). L'antic Codi parlava de negligència (no aplicació de coneixements) o imperícia (no possessió de coneixements); la nova determinació és tècnicament més correcta i jurídicament més segura.

La possibilitat de comissió imprudent relacionada amb l'exercici de les professions sanitàries es veu essencialment dirigida a les figures penals d'homicidi, lesions, avortament, lesions al fetus i manipulació genètica.

L'homicidi causat per imprudència lleu té la consideració de falta i, per tant, no comporta pena privativa de llibertat. En el cas de les lesions, si aquestes són lleus segons la classificació del Codi (que, hem de dir-ho, no té gaire rigor científic) només es castiguen les comeses per imprudència greu i sols com a falta; les lesions greus seran castigades com a delictes o falta segons si l'acte imprudent sigui greu o lleu, respectivament. Per tant, cal considerar que els tribunals en la seva interpretació són els que finalment hauran d'acabar de determinar amb més exactitud les situacions concretes. No podem dir, doncs, que hi hagi hagut una modificació substancial en aquest tema.

Capítol a part mereix la regulació de l'eutanàsia, ja que s'ha privilegiat la deno-



minada informalment "eutanàsia a petició" amb una pena més reduïda, que a la pràctica suposarà la suspensió de qualsevol condemna de presó imposada per aquesta raó; ara bé, cal dir que la redacció dels requisits per considerar aquesta pràctica com a tal és tan imprecisa que la feina interpretativa serà molt complexa.

Les novetats

En darrer terme, i com a novetat que sí que afecta directament els professionals sanitaris, podem parlar d'un nou tipus penal especialment castigat, derivació del tradicional delictes d'omissió del deure de socors i relatiu a la denegació d'assistència o abandó del servei sanitari per part del professional de la sanitat, quan això suposi un greu risc per a la salut de les persones; la pena és més greu que en el cas de no tractar-se de professionals de la sanitat. Un cas il·lustratiu i típic és el de l'accident per atropellament: en aquests casos, el professional sanitari té més raons que qualsevol altre ciutadà per atendre el ferit.

Cal, per tant, concloure que el nou Codi penal no fa grans aportacions al panorama que fins ara els professionals sanitaris tenien davant seu en l'exercici professional.

Josep M. Bosch

Assessor Jurídic de l'Hospital



Entrevista amb el Dr. Arturo Herrero, director del Departament d

“L'Àrea d'Assistència Ambulatoria de visites, exploracions i visites s

El Departament de Consultes Externes es planteja la necessitat de reorientar la seva activitat cap a la creació d'una Àrea d'Assistència Ambulatoria, per millorar la qualitat de l'assistència i canviar la cultura de visites per la de procés assistencial. Aprofitem l'avinentsa per parlar amb el director d'aquest Departament, el Dr. Arturo Herrero, i amb la cap d'Infermeria, Marina Molins.

Quina ha estat la vostra trajectòria fins a arribar al Departament de Consultes Externes?

Marina: El meu cas és força atípic. Vaig començar a estudiar infermeria quan tenia trenta anys, casada i amb quatre fills. Vaig fer-ho aquí, a l'Hospital de Granollers, on després vaig començar a treballar fent suplències. Quan l'any 1979 es va posar en funcionament el Departament de Consultes Externes vaig integrar-m'hi com a supervisora.

Dr. Herrero: Jo porto 29 anys a l'Hospital. Sóc fill d'Almeria i, després d'estudiar a Granada i a Valladolid, l'any 1969 vaig arribar a Granollers i em vaig fer càrrec del Servei de Medicina Interna de l'Hospital. Vaig ser cap de servei fins l'any 84, quan vaig passar a Consultes Externes com a cap de Departament. He participat en la Direcció Mèdica de l'Hospital i en la creació de l'antiga Escola d'Infermeria, on vaig conèixer la Marina Molins, de la qual he de dir que formava part del grup d'alumnes més brillants.

Què ha canviat en aquests vint anys de Consultes Externes?

Dr. Herrero: Fa 25 anys només existia l'atenció mitjançant hospitalització i urgències. Més tard es va concebre el Departament de Consultes Externes com a eina de sortida dels malalts hospitalitzats i per complementar l'activitat assistencial que no es podia desenvolupar en l'assistència primària.

Poc a poc es va anar generant un augment progressiu d'activitat a Consultes Externes, en

nombre i en prestacions, com a forma ordenada i programada d'accés del pacient a l'Hospital. D'aquesta manera es va aconseguir donar a la població l'atenció sanitària requerida, de forma eficaç i satisfactòria.

Marina: Dels sis consultoris de què disposàvem ara fa vint anys s'ha passat a més de trenta, on treballen 13 auxiliars, 9 infermeres i 2 auxiliars sanitaris, i de 16.000 visites el 1980 hem passat a 116.000 el 1996. L'activitat d'infermeria a les àrees ambulatories ha canviat substancialment: sense deixar el seu paper de suport mèdic, la infermera ha d'intervenir, progressivament, en el procés assistencial com a part integrant de l'equip per donar la correcta atenció al malalt.

Actualment, es cobreix de forma adequada la demanda assistencial de la població?

Dr. Herrero: Sí, s'intenta, però s'arriba a un punt on apareixen problemes, en gran part derivats del gran nombre de visites. Des de la comunitat es fa una demanda de prestació de serveis a l'Hospital, demanda que pot venir condicionada tant per l'atracció que genera el mateix centre com per la derivació que es fa des d'altres nivells assistencials. Es tracta de buscar l'equilibri entre aquesta demanda i la nostra oferta.

L'Hospital s'ha anat adequant per oferir el millor nivell assistencial possible en funció dels recursos existents. L'actual demanda posa en relleu la necessitat d'adaptació a nivell organitzatiu i d'adequació de les Consultes Externes al voltant del client.

Com s'ha arribat a la conclu-

sió que cal reorientar el Departament?

Marina: La consulta externa ha crescut de manera important, i amb ella els espais on es desenvolupa. S'ha produït una disgregació dels espais i aquesta atomització comporta dificultats a l'hora d'optimitzar els recursos.

S'han detectat disfuncions en el Departament que fan que es plantegi la necessitat de reorientar els processos, en un futur. En aquest sentit el treball en equip és fonamental.

Dr. Herrero: Amb l'augment de la demanda hi ha hagut un efecte de massificació que ha ampliat les llistes d'espera i ha produït una demora en l'assistència. Aquests entrebancs s'agreugen amb la dispersió i en provoquen d'altres, com ara els problemes amb la documentació.

És per aquests motius que cal programar la reorientació del Departament cap a una Àrea d'Assistència Ambulatoria que permeti la millora de la qualitat de l'assistència en tots els ordres i el canvi de la cultura de visites per la de procés assistencial. En aquest sentit s'ha elaborat un Pla funcional que ha d'ajudar a reorientar el Departament a mig i llarg termini.

Quins aspectes contempla aquest Pla funcional?

Dr. Herrero: El Pla funcional ha de servir per reorientar l'activitat cap als nous reptes i situar l'Hospital estratègicament en el seu entorn. El Pla ha de ser flexible, adaptable i reconvertible.

En primer lloc, el Pla funcional planteja realitzar tota l'activitat ambulatoria, excepte

l'altra mirada



Nou de sis, carregat i descarregat en la primera diada de la colla.

“Un cop llegida la tesi doctoral és com si alguns semàfors s'haguessin posat en verd una altra vegada. Això vol dir tornar a estar en predisposició de recuperar assignatures pendents, entre d'altres la de fer algun servei de cara als altres.

Es va donar la coincidència que tan bon punt ens vam traslladar a viure a Sant Cugat vaig saber que hi

Xavier Serres, l'empenta d'un cap de colla

Sense deixar de banda la tasca assistencial diària ni la seva labor científica ni el seu paper de pare, el Dr. Xavier Serres ha tret el temps de sota les pedres per fer possible que en el seu poble hagi nascut amb molta força una colla castellera.

havia la intenció per part del Club Muntanyenc Sant Cugat (CMSC) de muntar una colla castellera. Com que per fer castells es necessita molta gent, m'hi vaig oferir voluntari. Vaig tenir el privilegi de participar en les primeres reunions, i entre els que érem allà, tots sense experiència, vam començar a posar fil a l'agulla. A mi em van demanar si volia assumir la responsabilitat de fer de cap de colla. Sense saber exactament on em ficava, però amb el ferm convenciment i la il·lusió de tirar la colla endavant, vaig acceptar l'ofertament.

Es varen crear dos equips, el tècnic i el d'organització. El cert és que, a la colla, s'hi ha anat afegint molta gent al capdavant, amb gran capacitat organitzativa, que ha permès absorbir la gran quantitat de castellers que s'hi han apuntat durant aquest primer any d'existència.

Als dos mesos aproximadament

ens vàrem desvincular del CMSC per constituir-nos com a entitat jurídica pròpia. Al final de la temporada érem més de 300 castellers, i hem acabat fent una actuació el dia de la diada de la colla amb un nou de sis, un cinc de sis, un quatre de sis amb l'agulla al mig i un vano de pilars de quatre, un d'ells aixecat per sota. Si Déu vol, aquest any següent assolirem els castells de set.

A part de portar els assaigs i les actuacions, també he participat fent castells en la posició de segon. Hem assajat dos dies a la setmana, dimarts i divendres. Moltes altres colles han col·laborat per donar-nos un cop de mà durant aquesta nostra primera temporada.

Viure de prop aquesta experiència ha estat molt gratificant perquè m'ha permès veure néixer una colla des de dins mateix. M'ha fet reflexionar molt sobre els valors que hi

han de prevaler referents a la seguretat, la preparació física, els consells mèdics, els aspectes tècnics, l'organització i les relacions humanes. Considero que entre tots hem dedicat esforços a fer castells, però sobretot a transmetre unes normes de joc per crear un bon ambient entre els castellers.

Ara la colla ja ha emprès el vol i cada cop és més gran el grau de dedicació dels que anem al davant. Tant és així que aquest any vinent no continuaré fent de cap de colla.

Per a mi fer de cap de colla ha estat una manera de fer un servei al país i una manera de no viure d'esquena al poble que acull la meua família”.

*Informació recollida per
M.D. Dalmau*

la farmaciola La pròstata

Actualment es parla molt de les malalties de la pròstata i això es deu a la seva incidència creixent, atès que més del 80% dels homes de més de 50 anys rebrà tractament de pròstata en algun moment de la seva vida; la majoria, per hiperplàsia (augment de volum) benigna, però molts d'altres per càncer. Els mitjans informatius també en parlen sovint en comentar les malalties de personatges famosos i en divulgar els avenços aconseguits en el tractament de la patologia d'aquesta glàndula.

Però què és la pròstata? Es tracta d'una glàndula del sistema reproductor masculí que produeix un fluid viscos, el qual s'uneix amb el semen per fer que sigui fèrtil. Es troba situada just sota la bufeta urinària, envoltant la uretra, i l'examen digital es practica tocant-la a través del recte.

A partir dels 40-50 anys, la pròstata pot créixer de manera ràpida, generant un adenoma o hiperplàsia benigna, tancant la sortida de l'orina i provocant unes alteracions de la micció que es manifesten amb símptomes irritatius primerament i obstructius, si la malaltia progressa, com per exemple: pol·laciúria –augment de la freqüència miccional–, necessitat urgent d'orinar, disminució de la força del raig i degoteig terminal, disúria –haver-se d'esforçar per començar a orinar– o retenció aguda –quan ja no es pot orinar–.

Avui dia disposem de tractaments amb diversos fàrmacs capaços d'alleugerir la simptomatologia, però la solució definitiva és el tractament quirúrgic, que es realitza mitjançant instruments endoscòpics a través de

la uretra o RTU –resecció transuretral–, reservant la via oberta clàssica per als pacients amb pròstates excessivament grosses.



Dr. Lluís Cortadellas.

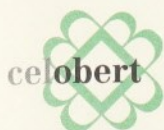
El càncer de pròstata també ha augmentat en incidència al llarg dels últims anys, pel fet que la possibilitat de patir aquesta malaltia s'incrementa amb l'edat i la població general cada dia viu més anys. Actualment és el segon càncer en freqüència pel que fa a la població masculina, just després del de pulmó. És rar abans dels 50 anys, per bé que als 90 anys el presentarà més d'un 80% dels homes. Segons les estadístiques en necròpsies, un 30% de tots els homes de més de 50 anys podria tenir cèl·lules canceroses

a la pròstata, però en la majoria d'ells no s'arribarà a manifestar i moriran per altres causes, per la qual cosa un 60-70% serien carcinomes latents.

L'examen periòdic de la pròstata i la detecció d'un marcador prostàtic a la sang que és el PSA –antigen específic de la pròstata–, que mostra una elevació dels seus nivells sanguinis quan hi ha càncer a la pròstata, han permès que augmentin les possibilitats de diagnòstic precoç abans que la malaltia s'escapi de la pròstata i, per tant, quan encara es pot aconseguir una curació per mitjà d'una prostatectomia radical (extirpació completa de la pròstata). Quan el càncer ja s'ha disseminat o el pacient no està en condicions d'operar-se, disposem d'un tractament mèdic –bloqueig hormonal– que aconsegueix aturar la malaltia durant força temps en la majoria de pacients.

Per tots els motius esmentats és convenient que tots els homes se sotmetin a una revisió urològica periòdica a partir dels 50 anys.

*Dr. Lluís Cortadellas
Cap clínic de la Unitat d'Urologia*



Nuestros métodos radiológicos, reconocidos en Chicago

En la 82 reunión de la Sociedad Americana de Radiología efectuada en Chicago del 1 al 6 de diciembre de 1996, los servicios de Radiología y COT han presentado la comunicación científica en poster titulada: "Hydroxyapatite-coated Hip prosthese: Optimizing Imaging of Bone Response", referida al estudio radiológico de las prótesis de cadera, que habitualmente se vienen utilizando en nuestro centro desde el año 90, con notable éxito clínico. En este estudio se reflejan los métodos radiológicos más idóneos para analizar la respuesta del hueso receptor respecto a la prótesis de Furlong, durante los primeros años de seguimiento del paciente. El estudio concluye la buena capacidad de integración de este tipo de prótesis, lo que explica el excelente resultado clínico.

Esta comunicación ha sido distinguida con un certificado de mérito científico y otro de excelencia en el diseño.

Dr. José Luis Inaraja

Director del Servei de Diagnòstic per la Imatge



De izquierda a derecha, los autores de la comunicación, los Dres. José Luis Inaraja y Alejandro Yunta.



30 hores de comunicació per a metges

Dins del programa de formació de l'Hospital, s'ha portat a terme un curs sobre habilitats comunicatives per a metges. Aquest curs tenia com a objectius oferir criteris i coneixements teòrics sobre la comunicació interpersonal i assistencial, millorar les capacitats de comunicació i sensibilitzar sobre la importància del treball en equip.

El curs s'ha desenvolupat al llarg de 30 hores.

La metodologia ha tingut com a eix fonamental la participació dels assistents de forma activa, i el contingut s'ha estructurat en dos mòduls: la relació metge-pacient i la relació interprofessional.

Dr. Josep M. Ibàñez

Cap d'Estudis

Jacint Vidal, un artista entre pinzells, flors i plantes

En Jacint Vidal va néixer a Barcelona el 1911. Als 17 anys va traslladar-se amb els seus pares a viure a Granollers, on van posar un forn, Can Quicons, al carrer Joan Prim; ell hi va començar a treballar com a repartidor de pa.

Va ésser per aquestes dates que el seu germà gran i ell van fundar el grup escaquista granollerí.

Mig any abans que esclatés la guerra es va casar amb l'Hermínia Julià, no van tenir fills.

Després del servei ja va fer de forner, ofici que va exercir tota la vida fins a jubilar-se.

Quan es va retirar, va començar a dibuixar i més



Jacint Vidal.



Sessions clíniques generals

16 gener
8.00 hores
Suport farmacèutic a l'Hospital
Dra. M. Pilar Mas i Dr. Carles Pardo
Servei de Farmàcia
Hospital General de Granollers

23 gener
8.00 hores
Influència del zinc (Zn) en el tractament amb interferó de les hepatitis cròniques C
Dr. Santiago Montull
"Nutrients i alcoholisme"
Dra. Rosa Solé
Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers

30 gener
08.00 hores
Doppler d'energia. Aplicacions pràctiques
Dr. Lluís Inaraja i Dr. Xavier Pruna
Servei de Diagnòstic per la Imatge
Hospital General de Granollers

13 febrer
13.00 hores
Hiperhomocistenèmia, un nou marcador de risc cardiovascular
Dr. Francisco Blanco Vaca
Institut de Recerca
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

20 febrer
08.00 hores
Atenció de la insuficiència respiratòria crònica a l'Hospital
Dr. Enric Barbeta i Dra. Marta Torrella
Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers

6 març
08.00 hores
Rendibilitat dels estudis microbiològics postmortem
Dr. Miquel Aranda
Hospital de Terrassa
Dr. Ramon Pujol
Hospital de Bellvitge "Prínceps d'Espanya"

13 març
08.00 hores
Trasplantament hepàtic: indicacions actuals i resultats
Dr. Miquel Navasa
Unitat d'Hepatologia
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

la Residència

tard a pintar, afecció a la qual encara dedica estones.

Va quedar-se vidu l'any 1991, i va ser aleshores que va decidir demanar plaça a la residència de l'Hospital.

A en Jacint el podreu veure quasi cada dia de l'any, principalment a la primavera i a l'estiu, cuidant de les plantes i les flors de la terrassa del geriàtric. Podem dir que si la terrassa fa goig és per la cura que en té en Jacint podant, trasplantant, adobant i regant la llarga jardinera que l'envolta.

Gemma Tintó

